DE LA

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS

PENDANT LA GROSSESSE.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

sur les Accouchements.

MANUEL DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS, précédé d'une description abrégée des fonctions et des organes du corps humain, et suivi d'un exposé sommaire des opérations de petite chirurgie les plus usitées, à l'usage des élèves sages-femmes qui suivent les cours départementaux; en collaboration avec M. Maunoury, 1861, 2e édition, corrigée et augmentée. 1 vol. in-8, avec 32 fig. 7 fr.

TRAITÉ COMPLET DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS. 2 volumes. (Le 1er volume est sous presse et paraîtra en janvier prochain.)

Paris — Imprimé par E. Thunot et Ce, 26, rue Racine.

3

DE LA

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS

PENDANT LA GROSSESSE.

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION D'ACCOUCHEMENTS)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

ALPH. SALMON,

DOCTEUR EN MÉDECINE,
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU DE CHARTRES,
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS (MENTION HONORABLE),
PROFESSEUR DU COURS GRATUIT D'ACCOUCHEMENTS
POUR LE DÉPARTEMENT D'EURE-ET-LOIR,
MÉDECIN DES ÉPIDÉMIES DE L'ARRONDISSEMENT DE CHARTRES,
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

New-York, Hipp. BAILLIÈRE, 219, Regent-street.

Londres, BAILLIÈRE brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 16.

1863

DE LA

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS

PENDANT LA GROSSESSE.

Parmi les accidents de la grossesse, il en est peu qui méritent autant de fixer l'attention du médecin que ceux dont la gravité peut compromettre rapidement la vie de la femme et celle de son enfant, ou dont les symptômes, mal connus à cause de la rareté du mal, peuvent surprendre aisément l'expérience du médecin.

Ayant à écrire dans cette thèse l'histoire de la rétroversion utérine, je dois commencer par prévenir le lecteur qu'elle est dans la grossesse une des maladies graves et rares dont je viens de parler. J'aurai donc à m'appliquer à la développer dans tous ses détails, surtout au point de vue pratique. Dans ce but, voici l'ordre que je suivrai : Après avoir défini la maladie et en avoir circonscrit le sens réel, je rappellerai brièvement les connaissances antérieures sur ce point. Arrivé à l'époque actuelle, j'essayerai de préciser la fréquence et les causes de la rétroversion, plutôt avec des faits qu'avec des raisonnements comme l'ont fait trop souvent des écrivains même spéciaux. Dans la symptomatologie, je ferai tous mes efforts pour rendre facile de bonne heure la connaissance des caractères qui la démontrent. Dans le diagnostic, je tenterai de spécifier chaque cas

et chaque condition spéciale pour ne rien laisser à l'imprévu. Dans le traitement, je développerai surtout les manœuvres simples, et j'éloignerai les moyens extraordinaires et extrêmes que trop souvent on est tenté de mettre en application. Enfin comme l'expérience s'acquiert difficilement en présence d'une affection aussi peu commune, je citerai fréquemment les détails des observations rapportées par les auteurs, et je les destinerai, en leur conservant leur physionomie propre, à frapper l'esprit plus avantageusement que ne pourrait le faire une description trop dogmatique.

Définition de la rétroversion de l'utérus.

On appelle *rétroversion de l'utérus* cette variété de déviation de la matrice dans laquelle la totalité de l'organe s'est déplacée dans l'excavation pelvienne, de telle sorte que le fond soit renversé dans la courbure du sacrum, tandis que le col est plus ou moins porté en avant vers la symphyse des pubis.

Il y a deux sortes de rétroversion utérine : 1° *la rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité;* 2° *la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.* Mais ces deux affections sont absolument indépendantes l'une de l'autre, et pas plus que la rétroversion dans l'état de vacuité n'entraîne nécessairement la rétroversion pendant la grossesse, pas plus cette dernière n'amène à sa suite la rétroversion après les couches. J'ajoute qu'à une autre époque, au contraire, on a vanté la grossesse comme moyen de guérir la rétroversion dans l'état de vacuité, et que l'un des derniers travaux de Brachet, de Lyon, était écrit sur ce sujet (1857).

Pendant la grossesse, il ne faut pas davantage confondre la rétroversion utérine avec l'*obliquité postérieure de la matrice*, et ces deux expressions en apparence identiques

ont une signification très-différente. C'est pour ce motif que dans notre définition nous avons pris le soin d'ajouter les mots *dans l'excavation pelvienne.* La dénomination *obliquité* ne doit en effet s'appliquer qu'aux déviations de la matrice qui ont lieu dans la cavité abdominale, c'est-à-dire dans la dernière moitié de la gestation ; au contraire la rétroversion ne sert à désigner que la déviation de l'utérus dans l'excavation du pelvis, c'est-à-dire durant les quatre ou cinq premiers mois environ.

Enfin, pendant l'état de vacuité, on distingue encore la rétroversion d'une autre espèce de déplacement qu'on nomme la *rétroflexion*, et l'on définit celle-ci une déviation dans laquelle le corps de l'utérus est incliné en arrière et en bas, tandis que le col reste plus ou moins dans sa position normale. Or, pendant la grossesse, cette distinction serait superflue pour les motifs suivants : 1° Il est très-rare que l'utérus gravide n'ait pas entraîné avec lui le col dans son déplacement ; 2° Le plus ou moins de flexion du col sur le corps porté en arrière et en bas ne modifie pas l'importance des accidents qui résultent de la déviation du corps ; 3° Ce qui constitue en réalité la gravité de la rétroversion pendant la grossesse, c'est l'*emprisonnement*, l'*enchatonnement*, l'*enclavement*, l'*incarcération* de la matrice dans l'excavation du bassin, le fond de l'organe étant porté en arrière et plus ou moins en bas, l'orifice de la matrice étant dirigé en avant et plus ou moins en haut.

Quant à une dernière variété de déformation utérine nommée par les Allemands *rétroversion partielle*, qui consisterait dans une dilatation de la partie postérieure du fond de l'utérus, et qui surviendrait dans les deux derniers mois de la grossesse (Scanzoni), elle ne présente pas d'analogie, dans les symptômes, dans les causes ou dans le traitement, avec ce que nous appelons ici la rétroversion de la matrice.

Synonymie de l'expression rétroversion utérine.

Plusieurs noms ont servi à désigner la rétroversion utérine, expression qui n'a été employée qu'à la fin du siècle dernier. Dans les livres hippocratiques où cette affection paraît signalée à diverses reprises, mais dans l'état de vacuité seulement, elle est appelée *matrice en travers*, *matrice vers les lombes*, *matrice se jetant sur l'ischion*. Aétius, qui a décrit assez nettement, d'après Aspasie, les signes des déviations de la matrice, les réunit toutes sous le titre de *reclinatio*, *aversio ac recursus uteri*, mais on ne peut dire quelle est celle de ces expressions qui s'applique spécialement à la rétroversion. Il faut faire la même observation pour les mots *contorsio uteri*, *aversio uteri*, *reclinatio uteri*, employés par Roderic a Castro (1628). Ce n'est qu'au commencement du XVIIIe siècle qu'on trouve dans les auteurs des expressions qui se rapprochent des noms usités aujourd'hui pour nommer les déviations utérines. Ainsi, en 1732, dans une thèse de Reinick, la rétroversion est décrite sous le nom de *delapsus uteri*, expression opposée au prolapsus ou chute de matrice. Grégoire, dans ses cours, appelait la rétroversion *renversement*, et Levret la nommait *renversement transversal*, pour la distinguer du *renversement de la matrice sur elle-même* à la manière d'une bourse, accident nommé encore aujourd'hui renversement, mais surtout inversion, introversion. Quant à l'expression rétroversion, elle a été attribuée par le plus grand nombre des accoucheurs à Will. Hunter, et par quelques autres à Desgranges, de Lyon. Voici, quant à nous, ce que nous pensons pouvoir dire sur ce sujet : 1° Avant l'observation rapportée par Will. Hunter (1754), on ne trouve dans la science aucune expression se rapprochant du mot *rétroversion ;* 2° Cette dénomination fut au contraire immédiate-

ment acceptée en Allemagne après cette publication, et en France au retour du voyage que fit CHOPART en Angleterre (1775); 3° Le mot rétroversion est employé par DELEURYE (*Traité des accouchements*, 1777), et il dit au sujet du traitement de cette maladie : « Il faut voir le mémoire que j'ai donné à l'Académie sous le nom de *Rétroversion de la matrice;* » 4° Le mot rétroversion utérine fut aussi employé par l'Académie de chirurgie quand elle donna cette question comme sujet de prix en 1783; 5° Le mémoire de DESGRANGES ne fut remis qu'en 1784, et ce médecin paraît avoir hésité entre les mots *cubation* et *renversement postérieur*, avant d'acccepter l'expression de rétroversion; 6° Enfin, les premières thèses allemandes qui traitent *de utero retroverso* ne parurent qu'en 1787. Ajoutons qu'après cette époque, le mot rétroversion utérine se rencontre dans tous les livres de chirurgie et d'accouchement, et que c'est par exception que certains écrivains allemands, comme MOELLER (1803), conservèrent la dénomination ancienne de *reclinatio uteri* pour l'opposer au mot *pronatio*, qui était destiné par lui à désigner l'antéversion.

Historique sommaire de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Si nous avions à traiter de la rétroversion de l'utérus pendant l'état de vacuité, il faudrait remonter aux premiers âges de la médecine, avec GRÜNER (1787) et les auteurs qui l'ont suivi, pour montrer que les anciens connaissaient les déplacements de la matrice. Sur ce point, en effet, nous n'aurions que l'embarras du choix des citations dans les livres hippocratiques d'abord, dans PHILUMÈNE ensuite, puis dans le 77e chapitre d'AÉTIUS, déjà indiqué, enfin, à l'époque plus moderne, dans le traité des maladies des femmes

de Roderic a Castro, cité plus haut(1). Mais comme l'histoire de la rétroversion utérine pendant la grossesse ne commence, en réalité, qu'au XVIIIe siècle, nous allons nous borner à tracer l'historique de cette maladie depuis cette époque, et à rapporter dans quelles conditions elle fut successivement étudiée par les accoucheurs et par les chirurgiens.

La première observation publiée sur la rétroversion utérine appartient à la thèse de Reinick, à Dantzick, sous la présidence de Kulm (1732). Néanmoins, aujourd'hui, on admet en général que c'est à un accoucheur français nommé Grégoire, membre du collége de chirurgie à Paris (1740), qu'est due la première indication de l'importance de la rétroversion utérine pendant la grossesse. On rapporte en effet à ce sujet que cet accoucheur tenait alors à Paris un cours d'accouchement très-suivi, et que, dans ses leçons, il ne manquait pas de faire l'histoire d'une rétroversion de la matrice pendant la grossesse observée par lui dans sa pratique. Or, parmi ses élèves (et dans le nombre on compte des noms illustres, tels que ceux de Levret, Smellie, Will. Hunter lui-même), se trouvait l'Anglais Walter Wall « *qui auribus non peregrinantibus id accepit.* » Ce ne fut cependant qu'en octobre 1754 que Walter Wall, de retour dans sa patrie, eut l'occasion de mettre en pratique les leçons de son maître, dans un fait de rétroversion pour lequel il réclama plus tard les conseils de Will. Hunter. C'était chez une jeune femme de Londres qui avait eu une frayeur dans le quatrième mois de sa grossesse, et qui, depuis lors, ne pouvait rendre

---

(1) On pourrait faire une exception pour le livre des maladies des femmes de Roderic a Castro qu'on a accusé trop sévèrement d'avoir reproduit incomplétement et embrouillé surtout les descriptions d'Hippocrate et d'Aspasie. Cet écrivain est pourtant le seul qui ait, dans cette première période, parlé de la rétroversion pendant la grossesse. On y trouve en effet ces mots : *Prægnantibus frequens quidem ac difficilis est curatio*, etc. »

ses excréments et ses urines sans une grande difficulté. Walter Wall l'avait sondée d'abord une première fois, puis une seconde ; enfin, le toucher par le vagin et par le rectum l'ayant averti de la présence de l'utérus au devant de cet intestin et contre le coccyx, il avait tenté la réduction, mais en vain, d'une part en plaçant la femme sur les coudes et sur les genoux, de l'autre en introduisant deux doigts dans le rectum pour repousser la matrice et deux doigts dans le vagin pour abaisser le col. Le lendemain, nouvelles tentatives sans résultat, avec Will. Hunter, et mort de la femme le surlendemain. A l'autopsie, on trouva la matrice enclavée dans le petit bassin, au point qu'on ne put la tirer au dehors qu'après avoir coupé et écarté la symphyse des os pubis. » Mais cette observation de Walter Wall ne fut pas publiée immédiatement, et elle devint seulement l'objet d'une leçon de Will. Hunter à ses élèves et d'une communication de ce chirurgien à la Société de médecine de Londres. Il en fit dessiner toutefois les pièces anatomiques, et elles servirent plus tard à la représentation d'une de ses magnifiques figures dans son atlas sur l'utérus gravide. Ce ne fut, en effet, qu'en 1771 que Hunter donna une description détaillée de cette maladie, en ajoutant à l'observation précédente un fait observé par Lynn, chirurgien de Woodbridge (1767).

Durant la courte période que nous venons de rapporter, il ne semble pas que l'Angleterre seule ait eu le privilége de fournir des observations sur ce sujet, et deux cas de rétroversion terminée par la mort furent publiés par Walter van Doeveren, professeur d'accouchement à Groningue (1765). En outre on attribue à Deleurye d'en avoir observé un cas en 1760 avant d'avoir connu l'observation anglaise citée plus haut, un second cas en 1767, un troisième cas en 1781.

Quoi qu'il en soit, il faut déclarer que la publication de Will. Hunter eut la part principale dans l'importance que

les praticiens accordèrent dès lors à la rétroversion, et à partir de cette époque les observations se multiplièrent dans la science en si grand nombre qu'un auteur a pu dire que la maladie parut d'abord une sorte de maladie anglaise, mais qu'elle se transplanta ensuite pour ainsi dire dans tous les autres pays du Nord. C'est ainsi que Johnson observa peu de temps après un cas à Londres en 1769; puis vinrent Hooper, Bird, Gartshore, Wilmer en Angleterre (1779); Evans, Swan et Purcell en Écosse; Plenck (1775), Katzenberger (1779), Wltczek (1777); Wall (1782), Jahn (1787) en Allemagne. Enfin en France l'opinion ne s'était pas moins préoccupée de ce sujet nouveau d'observations. Chopart, à son retour de Londres en 1775, faisait connaître à ses confrères les observations des Anglais sur la rétroversion. Deleurye adressait à l'Académie le mémoire dont il est parlé dans son livre. Desgranges de Lyon avait réuni déjà quelques observations précédentes et les avait publiées; le frère de Baudelocque lui-même prenait pour sujet de thèse la rétroversion de la matrice (1784); enfin l'Académie choisissant cette affection pour sujet de prix, couronnait en 1785 le mémoire de Desgranges qui ne fut pas imprimé, et dont Martin jeune, de Lyon, a dit qu'il était le plus complet des travaux sur cette matière.

Nous arrivons ainsi à la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, époques qui, comme chacun le sait, furent peu propices aux recherches scientifiques. Alors en effet il ne faut plus chercher d'études spéciales sur la rétroversion utérine pendant la grossesse que dans les thèses des Facultés ou dans les livres. Voici le sommaire des principales publications : Une première thèse soutenue à Paris est de M. France (1806), une seconde est de M. Finaz (1815), une troisième est de M. Gougis (1817); enfin plus tard M. Lacroix en 1844, ayant eu pour sujet de thèse dans un concours d'agrégation de chirurgie, *de l'anvetérsion et de la rétroversion*, traita la question surtout au

point de vue des déviations dans l'état de vacuité. Parmi les travaux spéciaux, nous citerons la dissertation de Merriman (1810), le mémoire de M. Bellangé (1824), celui de Martin jeune, de Lyon, le plus riche de tous en faits cliniques, celui de Parent, de Beaune, celui d'Amussat (1843), de Négrier (1859); enfin une thèse de M. Godefroy (1858).

Quant aux articles nombreux insérés dans les traités d'accouchement et de chirurgie ou dans les différents dictionnaires de médecine, nous les indiquerons et nous les utiliserons ultérieurement ; nous ne pouvons toutefois nous dispenser de rappeler que l'Académie de médecine ayant donné la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse pour sujet du prix Capuron en 1859, ne couronna aucun mémoire et donna seulement des mentions honorables à des travaux que nous n'avons pas trouvés publiés.

Fréquence de la rétroversion utérine pendant la grossesse.

D'après ce que nous venons de dire dans le paragraphe précédent, on comprend déjà qu'une maladie qui a pu passer à peu près inaperçue pendant une longue période de siècles ne doit pas être regardée comme bien fréquente, surtout quand on considère que l'art ne s'était enrichi récemment d'aucun moyen de diagnostic nouveau, spécial à cette affection. Les anciens pratiquaient en effet le toucher comme nous, et ce ne peut être par insuffisance dans les moyens d'investigation que la maladie dont nous parlons n'ait pas été plus tôt reconnue.

Mais faut-il l'attribuer à la rareté absolue des cas de rétroversion utérine? C'est ce qu'il ne faut pas penser davantage. D'un côté en effet, nous allons voir que plusieurs médecins ont pu en observer un certain nombre d'exemples dans leur seule pratique, et de l'autre nous dirons que les faits sont aujourd'hui assez nombreux pour fournir à l'his-

torien un contingent déjà considérable de matériaux. Nous pensons plutôt que si oubli il y a eu sur ce sujet, cela tient aux motifs suivants. 1° On a dû confondre fréquemment la rétroversion de l'utérus avec la rétention d'urine, et c'est ainsi que Delamotte a rapporté des exemples de rétention qui ne sont que de véritables rétroversions. 2° On a dû surtout confondre encore la rétroversion de l'utérus avec la rétention des matières fécales ; c'est ainsi que, dans un cas que nous connaissons, le médecin n'avait été frappé que de cette condition mauvaise et que tous ses efforts tendaient à ce seul but, solliciter la sortie des fèces. 3° On a dû fréquemment faire confusion de la rétroversion utérine avec des cas de grossesse extra-utérine pelvienne et *vice versa*, c'est ainsi que des auteurs tels que Dewees et Boivin, etc., ont avancé sur ce sujet des opinions exagérées dont nous reparlerons. 4° Enfin, il est manifeste que beaucoup de cas de rétroversion n'ont pas été reconnus, quelquefois, parce qu'on prit la tumeur utérine pour une tumeur de l'excavation du bassin ; dans d'autres circonstances, parce que l'avortement termina heureusement la scène et leva les inquiétudes du médecin ; dans beaucoup de cas peut-être, parce que la rétroversion pendant la grossesse étant une maladie affectant plus spécialement les femmes d'artisans et se livrant à des travaux pénibles, celles-ci ne recoururent pour leur demander des soins qu'à des sages-femmes inhabiles ou à des médecins de campagne si répandus avant l'époque actuelle et plus ignorants encore que les matrones de profession.

Quoi qu'il en soit, voici le sommaire des principaux cas relatés par les auteurs d'obstétrique en dehors de ceux que nous avons indiqués déjà, et voici les opinions des accoucheurs les plus compétents sur ce point de fréquence de la maladie.

1° Grégoire n'en avait vu qu'un seul exemple, au dire de Sabatier.

2° Aucune des observations de suppression d'urine ou de descente de matrice rapportées par Mauriceau ne concerne la rétroversion.

3° Smellie rapporte cinq cas de rétention d'urine pendant la grossesse, mais il n'y avait rétroversion certaine que dans les trois observations suivantes : Dans le premier cas c'était chez une femme au cinquième mois de la grossesse, et l'on trouva « le fond de la matrice abaissé en arrière, vers la partie inférieure du vagin ; l'orifice était en avant et intérieurement au-dessus de l'aine droite ; la vessie remontait jusqu'à la fossette du cœur, et il y avait fluctuation comme dans l'ascite. » Le second fait n'est pas moins concluant ; toutefois il se compliquait d'une rétroflexion de l'organe et de prolapsus, ce qui n'est pas absolument rare : La matrice, dit Smellie, était abaissée considérablement par la compression de la vessie, « si abaissée qu'on pouvait sentir toute la longueur de son col et la dilatation de son fond qui semblait remplir tout l'espace du pubis. » En examinant davantage, il vit « que la matrice n'était pas moins serrée contre l'os sacrum. » Ajoutons enfin que, chez cette femme, la maladie se reproduisit à une seconde grossesse.

4° Une seule observation de Delamotte sur la rétention d'urine peut s'appliquer à la rétroversion : c'était chez une femme grosse de cinq à six mois ; Delamotte voulut la sonder, mais il ne put jamais en venir à bout. Au toucher, on sentait « la tête de l'enfant appuyée sur la partie interne de l'os pubis entre lequel était le col de la vessie. »

5° Levret paraît avoir observé un exemple de rétroversion en 1743, mais il ne le publia qu'en 1773.

6° Aucun des détails donnés par Deventer sur les obliquités de la matrice en arrière ne se rapporte manifestement au sujet qui nous occupe ; c'est donc à tort que Fr. Ramsbotham a signalé cet accoucheur comme ayant donné une bonne description sur ce point.

7° Deleurye est un de ceux qui recueillirent dans leur pratique le plus grand nombre de cas de rétroversion, puisqu'on lui en attribue, avons-nous dit, trois observations.

8° Le mémoire de Desgranges, couronné par l'Académie de chirurgie, n'ayant pas été publié immédiatement parce que cette Société avait cessé de faire imprimer ses mémoires, et ayant ensuite été perdu, nous ne pouvons dire sur quel ensemble de faits se basaient les conclusions de l'auteur; toutefois nous savons que Deleurye lui avait communiqué les observations dont nous avons parlé.

9° Dans l'article du traité de Denman, consacré à la rétroversion (1795), il ne semble pas que cet accoucheur en ait observé des cas dans sa pratique.

10° Quoique Capuron ait prétendu trop légèrement (1841) que ni Baudelocque ni Ant. Dubois n'avaient rencontré de rétroversion pendant la grossesse, il est certain que le premier de ces accoucheurs en avait observé des exemples. On lit en effet, en note du livre de Baudelocque, qu'il en montrait un cas à marche lente aux élèves qui suivaient ses leçons à la fin de 1775. En outre, il en rapporte un autre exemple dans lequel la rétroversion fut instantanée (1784) chez une femme enceinte de trois mois; enfin un troisième cas fut observé par lui en 1787.

11° Une observation de Dussaussois, chirurgien-major du grand-Hôtel Dieu de Lyon, observation sur laquelle nous reviendrons, date de 1786.

12° La thèse de France (1806) renferme sur trois observations de rétroversion deux exemples de cette maladie pendant la grossesse.

13° Celle de M. Finaz (1813) ne rapporte qu'une observation de Viricel, de Lyon, dans laquelle on fit la ponction de l'utérus. Cependant ce chirurgien en avait rencontré encore une autre, car elle est consignée dans le mémoire de Martin jeune.

14° Ce mémoire de Martin jeune, de Lyon, ne contient

pas moins de quatorze observations, et sur ces quatorze, douze ont été tirées de la propre pratique de l'auteur « dans l'espace de vingt-cinq ans. » Or cela paraîtrait sans doute extraordinaire, dit-il, « si je n'avertissais que je me suis livré à une pratique très-étendue des accouchements et des maladies des femmes dans la seconde ville de France, etc. »

15° Tout au contraire, sur les six observations publiées dans le livre de Boivin et Dugès sur les maladies de l'utérus (1833), une seule observation concerne la rétroversion pendant la grossesse, et a été recueillie par Dugès à Montpellier. On y lit toutefois qu'il faut ajouter aux faits que nous avons énumérés déjà trois cas de Boer, un cas de d'Outrepont, un cas de Sibergundi.

16° Maygrier ne rapporte aucun fait de rétroversion dans son livre.

17° Capuron n'a relaté d'observation pouvant se rapporter à la rétroversion que pour signaler la possibilité de confondre cette maladie avec la grossesse extra-utérine ; Mme Boivin a signalé de même cette cause d'erreur en disant, d'une part, que des praticiens modernes ont vu cette maladie « dans plus d'un cas où elle n'existait réellement pas, » de l'autre, en prétendant avoir rencontré quinze faits où l'on avait pris une grossesse extra-utérine qui s'était développée dans l'excavation du bassin pour une rétroversion de l'utérus occupé par le produit de la conception. »

18° On ne trouve non plus aucune observation qui soit particulière à leur auteur dans le livre de Gardien (*Traité d'accouchements*), dans les articles de Murat (*Dict.* en 60 vol.) et de Désormeaux (*Dict.* en 21 vol.), dans l'ouvrage de Cazeaux (*Traité d'accouchements*), dans le *Manuel d'accouchements* de Jacquemier, etc. Enfin, M. Chailly, dans son *Traité*, ne consacre à la rétroversion qu'un article de quelques lignes à propos des vices de conformation du bassin

par excès d'amplitude, et M. Velpeau en fait à peine mention, quoiqu'il ait contesté l'extrême rareté des rétroversions, indiquée par Capuron, en disant « qu'elles ont été observées par tous les praticiens. »

19° M. Depaul a pu donc dire avec raison (Académie de Médecine, 1853) : « que tous les accoucheurs présents pourraient en citer à peine six exemples. » Il résulta, en effet, de la discussion : que Cazeaux n'en avait rencontré qu'un exemple : que M. Depaul en avait vu un cas seulement ; que M. Danyau avait, dans un cas, remédié aisément à la rétroversion après le cathétérisme ; que M. Moreau enfin en avait observé peu de cas pendant une immense pratique de quarante années.

20° Or faut-il conclure des faits que nous venons de rappeler, d'après les plus habiles accoucheurs, que la rétroversion utérine soit un accident extrêmement rare de la grossesse? Nous ne le pensons pas pour les raisons suivantes :

a. Dans les grandes villes, ce sont les hommes qui sont occupés habituellement aux travaux exigeant les plus grands efforts, et les femmes même indigentes prennent en général assez soin d'elles-mêmes quand elles sont enceintes pour ne pas s'exposer aux violentes fatigues.

b. C'est ainsi exceptionnellement que la rétroversion produite par cause directe se rencontrera dans les grands centres de population, et les opinions et les faits rapportés plus haut en font suffisamment foi.

c. Tout au contraire, il n'est pas aussi rare d'observer dans les campagnes et dans les petits centres de populations des accidents de rétroversion ; ce sont les femmes qui, dans ces localités, portent même pendant la gestation des fardeaux pesants ; ce sont elles qui, la hotte sur le dos et le panier au bras ou maintenu sur le ventre, conduisent ordinairement à la ville pendant un parcours de deux ou trois lieues les provisions qu'il faut vendre, et rapportent

ensuite celles dont elles pourraient avoir besoin pour la semaine. Enfin, c'est chez les pauvres femmes habitant les faubourgs des villes où elles vivent souvent dans la misère que la maladie acquiert ordinairement le plus de gravité, d'une part, parce qu'elles ne s'arrêtent qu'au dernier terme de la fatigue; de l'autre, parce que le médecin est tardivement appelé ; en troisième lieu, parce que la maladie étant prise quelquefois à son origine pour une fausse couche, elles s'épuisent en efforts inouïs comme pour un enfantement réel.

Nous allons prouver ces différents points par quelques faits : 1° C'est dans la pratique des médecins des provinces qu'a été observé le plus grand nombre des cas de rétroversion. 2° Nous avons dit plus haut que Martin jeune, de Lyon, en avait réuni douze observations tirées exclusivement de sa pratique, et sur ces douze observations, quelques-unes concernent des femmes habitant des villages voisins de Lyon, d'autres se rapportent à des femmes des faubourgs de cette grande ville. 3° De nos jours, ce sont encore des médecins exerçant à la fois dans les villes et dans les campagnes qui ont rapporté le plus grand nombre de ces faits. 4° Si Négrier, d'Angers, n'a jamais eu l'occasion d'observer le premier un cas de rétroversion utérine pendant la grossesse durant de longues années de pratique, six fois il eut l'occasion de la rencontrer parce que des confrères voisins moins habiles réclamèrent ses conseils. Deux de ces femmes habitaient la campagne, et une autre, qui fait le sujet de deux observations, était affaiblie depuis longtemps par la misère. 5° Parmi les cinq observations qui font le sujet du mémoire de Parent, de Beaune (1832), deux habitaient la campagne près de cette ville, et trois concernent la même femme. 6° M. Godefroy, de Rennes, professeur d'accouchements, a observé la rétroversion dans cinq cas. 7° M. Bleynie, de Limoges, a rapporté, dans les bulletins de la Haute-Vienne, quatre cas de

rétroversion pendant la grossesse. 8° Champion, de Bar-le-Duc, en a rencontré cinq cas. 9° Un grand nombre de médecins exerçant dans de petites localités en ont signalé des observations : M. Mazier, de Laigle (Orne), un cas; M. Leconte, de Pont-Erremboug (Calvados), deux cas; un de nos confrères, M. Galoppin, d'Illiers, un cas, etc. 9° Enfin nous devons dire que dans notre pratique, peu étendue relativement à celle du plus grand nombre des médecins que nous venons de nommer, trois fois nous eûmes à observer la rétroversion, et que, dans ces trois circonstances, ce fut chez des femmes habitant la campagne aux environs de Chartres.

Causes et mécanisme de la production de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Depuis Baudelocque, on décrit, au point de vue des causes qui la produisent, deux espèces de rétroversion utérine pendant la grossesse : la première est la rétroversion à forme lente, la seconde est la rétroversion à développement accidentel ou subit. Nous allons suivre cet ordre dans l'exposé étiologique de cette maladie, pour cette raison, suivant la remarque de l'auteur que nous venons de citer, « que les causes déterminantes ne sont pas absolument les mêmes » dans les deux cas. Nous commençons par les causes de la rétroversion à marche lente.

1° *Causes de la rétroversion utérine à forme lente.* Pour exposer convenablement les causes de la rétroversion utérine à marche lente, il faut rappeler d'abord dans quelles conditions se trouve l'utérus dans les premiers mois de la gestation ; ensuite, il est important de considérer aussi avec Négrier les conditions prédisposantes à cette affection dans lesquelles se trouvent les femmes qui ont eu déjà des enfants.

Énumérons en quelques mots ces deux conditions.

Au commencement de la grossesse, tous les auteurs s'accordent à dire que les diverses dépendances de la matrice se ramollissent peu à peu, et que celle-ci n'occupe plus dans le bassin sa rectitude normale. Suivant le plus grand nombre, elle s'abaisse d'abord notablement, ce qui rapproche son orifice externe de la vulve; ensuite, à cause du développement de sa paroi postérieure et peut-être aussi à cause du développement du placenta au fond et en arrière, elle s'incline par cette partie vers la courbure du sacrum, et le col est plus ou moins tourné en avant. Or, ajoutent les auteurs, cette condition persiste ordinairement jusqu'à la fin du troisième mois, époque à laquelle le sacrum faisant peu à peu obstacle au développement de l'organe dans cette direction, l'utérus se redresse peu à peu et s'élève suivant l'axe du détroit abdominal où on le rencontre ultérieurement.

Voilà pour la première condition. Quant à la seconde, elle est aussi nettement et aussi rigoureusement démontrée, et l'on admet que c'est aux dépens du fond de l'utérus et de sa face postérieure surtout que se fait d'abord le développement de la matrice en gestation. Il en résulte qu'à terme, l'origine des trompes correspond à peu près à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'organe. En outre, les ligaments larges sont abaissés et placés plus en avant qu'à l'ordinaire; ils sont situés ainsi à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs (Jacquemier), et M. Cazeaux a vu chez une femme morte au deuxième mois les ligaments ronds s'insérer tellement en avant que les quatre cinquièmes au moins du diamètre antéro-postérieur de l'utérus étaient en arrière de la ligne transversale qu'on aurait fait passer par leur point d'insertion.

Mais là ne se borneraient pas, d'après Négrier (1859), les modifications qui surviennent dans l'utérus après des gestations multipliées, et il serait d'autant plus important

de les connaître qu'elles doivent s'exagérer encore sous l'influence d'une gestation nouvelle. Or, d'après cet accoucheur et en se fondant sur l'examen comparatif de 150 utérus, voici ce qui aurait lieu :

1° Chez des femmes multipares ayant les organes sexuels parfaitement normaux, le relief que fait le fond de l'utérus au-dessus du niveau de la cloison pelvienne que forment les ligaments larges serait en moyenne de 12 à 13 millimètres ;

2° Dans cinq cas, bien que tous les organes génitaux offrissent les apparences d'une bonne organisation, et que les individus eussent succombé à des altérations étrangères à ces organes, la saillie de l'utérus était beaucoup plus marquée et presque du double.

3° L'épaisseur des parois de la matrice d'avant en arrière serait de 3 à 4 centimètres, c'est-à-dire d'un quart plus étendues que chez la fille pubère nullipare, et il ajoute : Cette disposition anatomique insolite « doit singulièrement disposer à la rétroversion utérine, car elle rend bien plus facile le renversement de l'organe dans la courbure du sacrum. »

Les conditions que nous venons de résumer ne sont toutefois que des prédispositions anatomiques à la rétroversion, et elles ne sauraient constituer la cause véritable de la maladie, puisque, se rencontrant chez le plus grand nombre des femmes enceintes à leur première grossesse ou dans les grossesses suivantes, elles ne déterminent en réalité que très-rarement le déplacement utérin. Il faut donc chercher des causes déterminantes, exagérant les dispositions que nous avons indiquées, et sur ce point les auteurs ne sont plus suffisamment d'accord entre eux. Nous allons énumérer les principales à peu près dans l'ordre où elles se sont successivement produites.

D'après Denman, « il serait futile et vain de disputer que

la rétention d'urine ne soit pas la cause de la rétroversion utérine, et cette opinion, si elle n'était pas juste, serait démentie par l'expérience de tous les jours ; mais ce n'est plus une hypothèse ou une conjecture, car, dès la première fois que je soupçonnai l'existence de cette maladie, je l'ai si constamment suivie, soit chez les riches, soit chez les pauvres, qu'il n'en reste plus de doute. » Allant enfin plus loin, il ajoute que : « par les insufflations répétées de la vessie, et ensuite par l'expulsion de l'air, il a assez bien imité sur le cadavre la rétroversion de la matrice, et probablement, s'il avait eu l'occasion de faire l'expérience dans l'état de grossesse, il aurait pu produire une rétroversion effective. »

Cependant, tel ne fut pas l'avis de Will. Hunter, et il soutint, contrairement à l'opinion de Denman, que la plénitude de la vessie, loin d'être la cause de la rétroversion, en était, au contraire, un effet. De là naquirent, en conséquence, des disputes nombreuses auxquelles se mêlèrent Merriman et Callisen d'un côté, et John Burns et son fils Allan Burns de l'autre. Voici, du reste, en opposition avec la théorie de Denman, l'opinion de ce dernier (*passim*) : « Dans le troisième mois de la grossesse, si la vessie est entièrement gonflée par l'air, on trouve qu'elle est en rapport avec la surface du col de l'utérus de près de deux pouces et demi au-dessus de la lèvre de l'orifice utérin, et si l'on introduit le doigt dans le vagin, on sent à son extrémité la vessie distendue qui est attachée à ce canal. En outre la longueur de l'utérus étant à cette époque d'environ cinq pouces trois quarts, le sommet du fond s'élève au-dessus du détroit supérieur..... En accordant donc que l'utérus soit soulevé (et il l'est par l'aponévrose de la vessie qui se réfléchit sur lui), il ne peut être rejeté en arrière, car il rencontre le rectum qui le soutient. » En conséquence « quiconque cherchera à opérer une rétroversion pendant la grossesse, trouvera qu'il est

plus facile de l'accomplir lorsque la vessie est vide ou flasque que lorsqu'elle est largement distendue. »

Il s'en faut beaucoup, néanmoins, que les partisans de la doctrine de la rétention d'urine agissant comme cause de la production de la rétroversion utérine pendant la grossesse, aient été absolument convaincus par les expériences de John Burns, et aujourd'hui encore quelques accoucheurs continuent à voir dans cette rétention une cause directe du déplacement de la matrice :

1° D'après Boivin et Dugès qui ne se prononcent pas toutefois sur ce point, ils auraient vu « deux fois le col très-relevé après l'accouchement par la vessie en plénitude et le fond de la matrice était fortement renversé en arrière. »

2° Pour Parent de Beaune, « le mécanisme de cette maladie serait toujours le même à l'exception peut-être de quelques cas rares, » et il y aurait trois périodes distinctes : *a*. abaissement de l'utérus précédant constamment la rétroversion ; *b*. abaissement produisant la rétention d'urine ; *c*. plénitude de la vessie refoulant en arrière le fond de l'utérus et le culbutant dans la concavité du sacrum.

3° Pour madame Boivin, la rétroversion serait causée « le plus souvent par un développement considérable de la vessie occasionné par une rétention volontaire. »

4° D'après Desormeaux et P. Dubois, la distension habituelle trop prolongée de la vessie peut en relevant le col de l'utérus opérer un commencement de bascule que la rétention achève, si elle s'établit.

5° M. Danyau (1853) ne serait pas non plus éloigné de croire, contrairement à l'affirmation de Moreau et de Cazeaux, que la rétention d'urine doit être considérée comme la cause et non comme le résultat de la rétroversion ; il cite en effet, en sa faveur, l'opinion de Ramsbotham, qui rapporte, dit-il, un grand nombre de faits à l'appui.

6° Enfin, d'une part, M. Depaul aurait trouvé, pendant l'état de vacuité, l'utérus en rétroversion dans le cas de

plénitude de la vessie ; de l'autre, voici comment s'exprime M. Jacquemier au sujet des expériences de Burns : « Je ne crois pas qu'on puisse en conclure qu'il doit toujours en être de même ; lorsqu'on distend brusquement la vessie sur le cadavre elle conserve sa forme primitive, tandis que si la distension survient à la longue par l'accumulation de l'urine, elle peut contenir une grande quantité de ce liquide sans être fortement tendue. » Alors « ses parois s'étant dilatées partiellement, et surtout en arrière, elle forme une grande poche qui repousse le fond de l'utérus vers la courbure du sacrum, tandis que le col est retenu à sa place ordinaire, etc. »

La seconde opinion sur la cause déterminante de la rétroversion utérine à marche lente pendant la grossesse, est celle qui attribue cet accident à l'accumulation des fèces dans l'intestin au-dessus de la fosse iliaque et dans l'abdomen. Voici le mécanisme indiqué par les auteurs, par Burns d'abord : « Si l'utérus reste longtemps dans cette position (couché obliquement ou horizontalement dans le bassin), si le relâchement qui accompagne le prolapsus existe, la femme est menacée d'une rétroversion..... Mais si en même temps le rectum se relâche et se courbe, ou s'incline beaucoup d'un côté, surtout du côté gauche, il est évident que si cette courbure ou ce pli du rectum est rempli de matières fécales, il exercera une pression sur le fond de l'utérus, et non-seulement celui-ci ne pourra s'élever en haut, mais il sera alors poussé plus bas, etc. » Baudelocque dit de son côté : « Lorsque la rétroversion se fait lentement, elle paraît dépendre de la pression légère mais continue des viscères flottants sur le fond de la matrice. » Madame Boivin donne de même cette cause comme déterminant la rétroversion, et elle l'exprime au premier rang par ces mots : « pression légère, mais continue des viscères abdominaux sur l'utérus. » Enfin pour Négrier : « Il est à peu près indubitable que c'est au volume et au

poids des matières stercorales accumulées dans l'S iliaque et aux efforts d'expulsion répétés que doit être attribuée la rétroversion, aucune cause ne pouvant rendre compte de cet enfoncement lent, puisque la rétention urinaire ne suffit pas pour l'expliquer. » Enfin Desormeaux et M. P. Dubois, tout en attribuant aux fèces la production de la rétroversion, y mettent cette condition que le fond de l'utérus soit déjà porté en arrière.

La troisième opinion qui a été émise sur la cause de la rétroversion utérine lente, consiste à attribuer la plus grande influence aux dimensions du bassin. Mais d'une part les uns ont cru la trouver dans l'étroitesse du détroit abdominal (Callisen, madame Boivin), les autres dans l'amplitude exagérée de ce détroit et de l'excavation pelvienne (Chailly), ce que conteste très-nettement Capuron (1841), d'autres enfin dans un excès de courbure du sacrum (Saxtorph). Si le bassin est étroit au détroit abdominal, surtout avec forte courbure du sacrum en arrière et saillie fort proéminente de l'angle sacro-vertébral, voici ce qui arrivera d'après Dugès et Boivin : « D'une part, il en résultera une élévation difficile de l'utérus accru par l'imprégnation, peut-être même une inclinaison graduelle en arrière, et d'autre part, la rétention facile dans une direction horizontale de cet organe une fois renversé ; aussi est-ce surtout à cette cause et à ce mécanisme que furent, non sans raison, attribués les accidents observés par le professeur d'Outrepont à Wurtzbourg, chez une femme dont trois grossesses successives furent l'occasion d'autant de rétroversions dans leurs premiers mois. » Quant à M. Chailly qui ne parle de la rétroversion qu'à propos de l'excès d'amplitude du bassin, il s'exprime ainsi : « C'est ordinairement dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse que cet accident peut avoir lieu ; il reconnaît pour cause première l'excès de dimension du bassin, mais aussi d'autres causes peuvent déterminer sa production. » Alors deux conditions

peuvent se produire : « si le détroit supérieur est proportionnellement aussi étendu que l'excavation, l'utérus finit par s'élever, etc...; » « mais il peut arriver que le détroit supérieur ne participant pas à l'excès d'amplitude du reste du bassin, retienne l'utérus dans l'excavation, etc. » Ajoutons que parmi les observations que nous connaissons, il n'en est que deux où l'on ait indiqué comme cause un vice de conformation, et dans l'une on parle d'un bassin ample (obs. de Flamm, 1840), tandis que dans l'autre (obs. de M. Godefroy) il est dit « que la femme présentait une concavité très-prononcée du sacrum. »

On a enfin signalé comme quatrième cause l'insertion du placenta, et cette cause indiquée par Richter a été surtout expliquée par Saxtorph. Or voici ce qu'il faut croire à ce sujet (Desormeaux et P. Dubois) : 1° Dans un cas de rétroversion, Wltczeck a vu le placenta attaché au milieu du fond de l'utérus ; 2° Van Doeveren l'a rencontré à la partie droite du fond ; 3° D'autres l'ont observé attaché partie au fond, partie au col.

Pour terminer l'étiologie des rétroversions à forme lente pendant la grossesse, nous aurions encore à développer un certain nombre de causes, telles que le prolapsus utérin, des tumeurs fibreuses de l'utérus, le développement de tumeurs abdominales provenant des ovaires, l'amplitude exagérée du vagin, des adhérences dues à une péritonite ancienne, des avortements ou des accouchements antérieurs nombreux, la mollesse de la constitution et l'âge des malades ; mais nous allons nous borner à les développer sommairement, et nous rapporterons en même temps à l'appui quelques observations qui feront mieux apprécier l'incertitude qui existe à cet égard.

1° Nous ne connaissons que le cas d'Ingleby, dans lequel la rétroversion avait été déterminée par une tumeur du fond de l'utérus qui avait entraîné le corps de l'organe en gestation dans le fond du bassin; la matrice fut remise

à sa place, mais la malade mourut après l'accouchement.

2° Il y avait prolapsus utérin, antérieur à la grossesse dans laquelle on observa la rétroversion, chez quelques-unes des femmes observées par Martin jeune. Ainsi, il dit que la femme qui fait l'objet de la première observation « avait éprouvé un avortement au deuxième mois d'une troisième grossesse, et avait eu à la suite une chute de matrice pour laquelle on avait prescrit la position horizontale. » La malade de la septième observation était affectée de chute de matrice depuis environ dix ans, époque de sa seconde grossesse. La femme Percy (Xe observation) était affectée d'une descente de matrice depuis sa seconde couche ; mais dans aucun de ces cas la rétroversion ne se produisit lentement et il y eut toujours une cause efficiente plus active.

3° La femme Courtot (observation Ire de M. Parent) était d'une constitution lymphatico-nerveuse, sujette à des écoulements leucorrhéiques, était mère de deux enfants quand elle éprouva, sans cause connue, au troisième mois, une impossibilité subite d'uriner. Quelques jours après la rétroversion se compléta dans un effort. La femme Mineau qui fut trois fois, dans trois grossesses successives (observations II, III et IV de M. Parent), affectée de rétroversion, était une femme de constitution molle et lymphatique, sujette aussi à des flueurs blanches. Enfin la même disposition existait chez la dame M... (observation V) ;

4° Dans l'observation II d'Amussat (*Mémoire* 1843), « il ne reste guère de doute pour ce chirurgien que la rétroversion ne dût sa première origine à une métro-péritonite, » après le dernier accouchement, « lequel avait déterminé des adhérences entre l'utérus et le rectum. » Cette observation est en outre la seule que nous connaissions dans laquelle on ait signalé la rétroversion pendant l'état de vacuité comme devenant une cause de rétroversion pendant la grossesse. Il est vrai qu'une cause directe

produisit ici cet accident « un effort pour enlever un malade paralysé. »

5° Des sept observations de Négrier, la première est un cas de rétroversion produit probablement par la toux et les vomissements de la grossesse « chez une femme délicate de poitrine, » et depuis, un exemple de ce genre a été publié aussi par M. Stoltz. La seconde est un cas de rétroversion avec avortement antérieur sans cause connue, mais la malade était pâle et affaiblie depuis longtemps par un travail pénible. La même femme eut encore une nouvelle rétroversion dans une grossesse suivante, mais elle eut lieu par cause directe. Quoique la septième observation de Négrier concerne une rétroversion hors l'état de grossesse, elle a cependant son intérêt au point de vue de l'étiologie; elle eut lieu chez une femme pour laquelle l'affaiblissement se produisit de plus en plus à la suite d'écoulements sanguins répétés « qui prirent le caractère de sérieux accidents vu la quantité de sang écoulé. » Il en était de même enfin chez une malade de Martin qui « resta faible et valétudinaire » et fut affectée d'hémorrhagies répétées après lesquelles la rétroversion eut lieu.

6° Mais aucune cause prédisposante de rétroversion à forme lente ou à forme brusque n'est plus nettement démontrée que celle qu'on a tirée de l'âge des malades et du grand nombre des couches antérieures, et il suffit à cet égard d'exposer brièvement les documents que nous possédons sur ce sujet.

a. « Des quatorze femmes qui font le sujet du mémoire de Martin jeune, aucune n'avait moins de 25 ans; quatre avaient de 25 à 30 ans (25, 26, 28, 30 ans); deux avaient 32 ans; une 33; une 34; une 38; une 42. Une avait déjà porté deux enfants à terme et fait une fausse couche; une autre avait plusieurs enfants; une autre était enceinte pour la quatrième fois; une autre était accouchée deux fois d'abord, avait mis au monde encore trois enfants, et éprouvé

un avortement ; une autre était à sa troisième grossesse une à sa cinquième. La plus jeune des malades, 26 ans, était une élève sage-femme à sa première grossesse, mais elle eut une rétroversion « en soulevant une fille qu'elle aidait dans le travail d'accouchement. »

b. Les malades de M. Parent avaient 39 ans, 37 ans, 30 ans. La première, 39 ans, était mère de deux enfants ; la seconde, 37 ans, était à sa seconde grossesse lors de la première rétroversion. Une seule femme, celle de 30 ans, n'avait pas encore eu d'enfants.

c. Des six malades de Négrier, une seule n'avait que 20 ans et était à sa première grossesse ; l'autre avait 30 ans et avait été déjà enceinte une fois lors de sa première rétroversion. Une autre avait aussi 30 ans et était enceinte pour la seconde fois. La femme de l'observation cinquième avait 44 ans « et était mère de trois enfants qu'elle avait tous allaités. » La sixième malade avait 42 ans et était accouchée une fois déjà.

d. Aucune des trois malades que nous avons observées n'était âgée de moins de 30 ans ; une d'entre elles avait déjà cinq enfants et était âgée de plus de 40 ans.

e. La femme de l'observation première d'Amussat avait 38 ans et était à sa septième grossesse. La malade de l'observation deuxième avait 33 ans et était mère de deux enfants déjà.

f. Nous trouvons enfin, en récapitulant presque toutes les observations publiées par les journaux, observations où l'on a indiqué l'âge des femmes et le nombre de leurs enfants : 1° que la plus jeune avait 23 ans ; 2° que deux étaient âgées l'une de 28, l'autre de 29 ans ; 3° que six avaient de 30 à 40 ans (une 30 ans, une 35 ans, deux 36 ans, une 37, une 39 ans) ; 4° que deux avaient dépassé la quarantaine (une 40 ans, l'autre 41 ans). Quant au nombre des enfants, 2 seulement étaient primipares, et les autres étaient à leur 3e, 4e, 5e, 9e grossesse.

2° *Causes de la rétroversion utérine à forme accidentelle ou subite.*—Parmi les causes de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse ayant lieu d'une manière accidentelle, il faut tout d'abord placer en première ligne les conditions prédisposantes dont nous avons parlé dans l'article précédent, et ensuite il faudrait développer les divers modes de production de la maladie suivant la cause fortuite qui lui a donné naissance. Mais comme nous avons déjà parlé des prédispositions tenant à l'âge des femmes, au nombre des grossesses antérieures, à la disposition organique de l'utérus après des gestations multipliées, nous pouvons nous borner, après avoir signalé l'importance de ces prédispositions, même dans les cas de rétroversion subite, à énumérer les accidents par lesquels s'est produite le plus fréquemment la rétroversion.

D'après le plus grand nombre des observations que nous connaissons, il n'y a pas de doute que ce soit une cause accidentelle qui donne habituellement naissance à la rétroversion pendant la grossesse. Il y a donc lieu de s'étonner que les auteurs n'aient pas reconnu cette extrême fréquence. Baudelocque se borne à dire : « Ce renversement peut s'opérer lentement ou subitement. » « Les causes sont prédisposantes ou occasionnelles, dit Murat ; on doit ranger parmi les premières la mobilité extrême dont jouit l'utérus, sa pesanteur spécifique augmentée par la gestation, etc... La pression exercée par les viscères du ventre sur la paroi antérieure de l'utérus doit être considérée comme la cause occasionnelle. D'autres fois, elle est déterminée par des efforts, des exercices violents... » puis, comme dans Baudelocque, « par des coups, des chutes, un faux pas, une forte compression sur le bas-ventre. » Moreau écrit sans autre indication : « La rétroversion peut se faire d'une manière lente, graduelle, successive, ou avoir lieu subitement, comme le prouvent les cas rapportés par Hunter, Desgranges, Baudelocque. » Il y a la même

insuffisance de précision dans le livre de Cazeaux et dans le manuel de M. Jacquemier ; toutefois, ce dernier serait plutôt disposé à admettre la plus grande fréquence de la forme lente quand il écrit : « La rétroversion est bien plus souvent produite par l'accumulation des matières fécales dans le rectum. On sait que la constipation est un effet très-commun de la grossesse, etc. » Enfin Burns insiste aussi fort à tort sur les causes de la forme lente et n'explique pas assez la fréquence de la rétroversion subite.

Nous allons essayer de combler cette lacune, d'une part en démontrant par des chiffres la très-grande fréquence des causes fortuites, et de l'autre en énumérant séparément chacune d'elles dans des observations séparées.

1° Sur les douze observations du mémoire de Martin jeune, nous en trouvons trois à peine dans lesquelles l'apparition de la rétroversion se fit d'une manière lente ; quant aux causes, elles sont détaillées comme il suit : la femme de la première observation « fit un effort en aidant un homme à placer sur ses épaules un sac de sel pesant plus de cent livres ; à l'instant elle ressentit.... »

L'élève sage-femme de la deuxième observation dont nous avons déjà parlé éprouva dans le bassin une douleur suivie de perte après avoir soulevé « une fille qu'elle aidait dans le travail de l'enfantement. »

La malade de la quatrième observation fut affectée de rétention d'urine « à la suite d'un coup qu'elle avait reçu sur le ventre. »

Dans la cinquième observation, la femme entra à l'hôpital « pour une rétention d'urine qui durait depuis quelques heures, et qui était survenue tout à coup après une chute faite de sa hauteur »

Dans la sixième observation, la malade, « en soulevant un pesant fardeau pour le placer sur la tête d'un homme, » « ressentit aussitôt un mouvement extraordinaire, etc. »

Madame Percy (dixième observation) éprouva des dou-

leurs dans le bassin et de la difficulté pour aller à la selle « après un exercice fatigant. » Les causes de la 13e et de la 14e observation (obs. de VIRICEL) ne sont pas indiquées.

2° Dans le mémoire de PARENT, il est dit que la première malade s'agenouillant la nuit pour uriner « éprouva une grande difficulté de rendre son urine qui ne sortit que goutte à goutte. » Mais le jour précédent, elle avait soulevé « avec effort un fardeau pesant pour le porter sur la tête. » La malade des deuxième et troisième observations attribua les douleurs avec difficulté d'uriner « aux efforts journaliers qu'elle faisait pour soulever sa vieille mère alitée. » La quatrième malade ressentit « une vive douleur en rendant son urine, qui ne sortit même qu'avec difficulté, après une grande fatigue en changeant d'habitation. Ainsi, dans quatre cas, quatre causes accidentelles produisirent la rétroversion.

3° Cette cause accidentelle fortuite est signalée deux fois dans les cas de rétroversion observés par M. AMUSSAT. Dans le premier fait, la malade éprouva un malaise général, des vomissements, etc., après avoir « rapporté de la halle jusque chez elle (grande rue Verte) un fardeau de 25 à 30 livres. » Dans le second « à la suite d'un effort pour soulever un malade paralysé, » la femme « éprouva des douleurs utérines qui furent suivies d'une fausse couche; mais une exploration ultérieure démontra par la persistance des pesanteurs et des tiraillements qu'il y avait persistance de la rétroversion qu'on réduisit.

4° Dans les observations de NÉGRIER, quatre fois on observa la rétroversion par cause fortuite. Dans la seconde observation, la malade ne sut à quelle « cause attribuer son accident, qui arriva *tout à coup* avant que les évacuations alvines eussent offert le moindre dérangement. » Dans l'obs. IV, les désordres commencèrent « aussitôt après un violent effort fait pour enlever et faire rouler une brouette pesamment chargée. » Madame X. (obs. V) « voulut suppléer

une de ses servantes en portant à la fois deux seaux remplis d'eau. L'effort qu'elle fit produisit *instantanément une secousse* dans son ventre. » La dame de la 6e observation sentit instantanément un dérangement dans l'abdomen « après être tombée dans un escalier très-roide, de la hauteur de cinq marches. » Négrier en conclut que les causes véritablement agissantes du renversement utérin doivent être réduites à deux en réalité; ce sont : la première, « pression de haut en bas et d'avant en arrière exercée sur le fond de l'utérus par le choc ou par le poids d'un corps extérieur ou par l'action musculaire seule des parois abdominales ; » la seconde qui est assez rare « provient d'une violente secousse que fait éprouver surtout aux organes pelviens une chute brusque sur le siége ou sur les pieds. » Or, dans les deux cas, il y a cause fortuite, et il ajoute : ce sont ceux « qui se rencontrent dans le plus grand nombre des faits rapportés par les auteurs. »

5° Nous allons continuer notre énumération des causes directes de la rétroversion pendant la grossesse en rapportant d'autres observations que nous allons extraire *passim* des principaux ouvrages et des journaux.

Presque tous les auteurs rapportent l'observation de Desgranges dans laquelle on attribua la rétroversion à une forte pression exercée sur le ventre par un chaudron rempli de linge.

Chez une malade de Baudelocque, la production de la rétroversion eut lieu d'une manière assez curieuse; c'était chez une femme qui était obligée de refouler le col avec son doigt chaque fois qu'elle voulait uriner : un jour elle repoussa le col trop brusquement (Moreau), et la rétroversion se produisit « dans des efforts pour uriner pendant qu'on repoussait au moyen du doigt le col de la matrice qui était au dehors. » (Baudelocque).

Dans un autre observation du même accoucheur, la rétroversion eut aussi lieu « en un instant, et il y eut dès

ce moment impossibilité d'évacuer une seule goutte d'urine. » Remarquons que deux fois sur trois dans les observations de Baudelocque, la rétroversion fut accidentelle.

Dans la première observation de France, la rétroversion fut produite par la compression du ventre par l'essieu d'une voiture.

La malade d'Estor, de Montpellier, observée par Dugès (1825), était âgée de vingt-cinq à vingt-huit ans, et mère de plusieurs enfants ; « elle tomba sur les genoux, le tronc renversé en arrière, de sorte que le fardeau qu'elle portait sur la tête fut précipité sur l'abdomen. Dès ce moment, douleurs dans l'hypogastre et les lombes, sentiment d'un poids incommode dans la région pelvienne, rétention d'urine, constipation. »

Une malade de M. Bird fut affectée de rétroversion en se baissant pour laver du linge. Dans le cas de M. Hooper la femme eut peur d'un taureau, et en cherchant à s'échapper, elle tomba. La malade de M. Evan en attribuait la cause à un effort pour lever un fardeau. Celle de M. Swan l'attribuait à une chute. Une malade de M. Wilmer éprouva une rétroversion après s'être fatiguée à arracher de l'herbe (Burns).

Dans le fait de Walter Wall, décrit par Will Hunter, « la femme eut une frayeur et éprouva une syncope ; elle eut ensuite une grande difficulté pour uriner, etc. »

Dans un cas de Merriman, la malade se plaignit « après avoir été effrayée tout à coup. »

Une malade de M. Reid (1838) fit une chute dans un escalier et ne put uriner dès le premier jour.

La femme observée par M. Baynham (1830) ressentit une vive douleur immédiatement après avoir soulevé un fardeau, et deux jours après il y avait rétention d'urine, etc.

Il en fut enfin de même dans le fait observé par M. Gosselin sur lequel nous reviendrons (1860).

6° Enfin une cause fortuite légère a quelque fois déterminé la rétroversion pendant la grossesse. Un faux pas dans un chemin raboteux l'a amenée dans un cas d'amplitude du bassin (Flamm, 1839), et il est intéressant de remarquer que ce fait est un des cas rares où cette amplitude ait été indiquée. Une femme vue par M. Rolland (1831) eut une rétroversion un jour qu'elle n'avait pas cédé au premier besoin d'uriner ; une malade de M. Godefroy, de Rennes, ayant éprouvé le besoin d'uriner dans le courant de la nuit, se leva et passa dans son étable ; mais malgré de violents efforts, il lui fut impossible de satisfaire ce besoin. Or on remarquera que dans ces deux faits la rétention d'urine a été la cause unique de la rétroversion, ce qui confirme singulièrement l'importance attribuée à cette rétention par Denman, par Ramsbotham, par MM. Danyau et Dépaul. Chez une pauvre malade dont Mayor, de Lausanne, a écrit l'histoire, la cause fut si minime qu'elle put passer inaperçue, et cependant le malaise se produisit d'une manière subite (1837). La rétroversion se développa dans un cas observé par M. Bleynie (1856) chez une femme primipare qui avait fait 30 kilomètres à pied dans la même journée ; elle éprouva ensuite une grande douleur à la région sacrée. Chez une malade de M. Whitehead, qui courut aussi de grands dangers de mort, il y avait eu tout à coup douleurs violentes dans le dos et dans la partie inférieure de l'abdomen « en marchant dans la rue. » Dans une observation de Ramsbotham, la maladie parut avoir commencé dans une manœuvre de la malade pour soulever un seau d'eau, mais elle se compléta par une course en omnibus qui la secoua beaucoup. Enfin nous terminerons cette énumération par l'indication de deux cas dans lesquels il y eut à la fois rétroversion par forme lente et rétroversion par forme brusque ; le premier était chez une femme qui fut prise d'envie subite d'uriner après avoir vaqué seulement aux travaux de son ménage (IXe observation de Martin jeune);

dans le second raconté par M. Mazier, de Laigle, les accidents qui avaient déjà eu lieu dans deux grossesses successives se continuèrent à la troisième, mais ils s'aggravèrent par un voyage de 24 kilomètres dans une voiture non suspendue (1854). Signalons encore toutefois que les deux genres de causes de rétroversion, causes lentes et causes fortuites se rencontrent dans presque tous les cas où il y eut récidive de rétroversion dans plusieurs grossesses successives. Or, nous en avons rapporté déjà plusieurs cas, et nous y joindrons seulement une observation de Ramsbotham fils, qui prend le soin d'indiquer « combien cela est digne de remarque ; » il y avait chez cette malade rétrécissement du bassin, comme il put s'en assurer pendant le travail, et pas plus de trois pouces et demi dans le diamètre sacro-pubien.

De l'époque de la grossesse pendant laquelle peut se produire la rétroversion de l'utérus.

Nous avons dit déjà que la rétroversion utérine était seulement une maladie de la première moitié de la gestation, et nous n'avons pas à revenir sur ce point. Toutefois il est utile, au point de vue des signes que nous étudierons tout à l'heure, de déterminer nettement, d'une part, à quelle époque du commencement de la grossesse cet accident peut se produire, de l'autre, jusqu'à quelle période des premiers temps de la seconde moitié de la gestation il sera encore possible, mais par exception, de l'observer quelquefois.

Voici d'abord l'opinion des accoucheurs sur ce point :

D'après Baudelocque, « la matrice peut se renverser pendant les trois ou quatre premiers mois. Après ce temps, son volume est généralement tel qu'un pareil déplacement paraît impossible, la largeur de la matrice surpassant alors

dans la plupart des femmes la largeur du bassin prise du pubis au sacrum. » « Une observation de Smellie annoncerait cependant que ce renversement aurait lieu plus tard (au cinquième mois), s'il l'a véritablement remarqué chez la femme qui en fait le sujet. »

« Le renversement de la matrice, dit Gardien, n'est plus possible après le quatrième mois, parce qu'à cette époque la largeur de l'utérus surpasse l'étendue du bassin, mesuré du pubis au sacrum. »... « S'il a lieu dans les premiers mois, les incommodités sont légères. » ... « Si la matrice se renverse aux environs du quatrième mois, les accidents sont portés tout à coup au dernier période, parce qu'elle a acquis assez de volume pour s'enclaver entre le pubis et le sacrum, etc. »

Pour madame Boivin, cet accident « n'arrive que dans les premiers mois de la grossesse, parce que l'utérus jouit alors d'une très-grande mobilité dans le bassin où il se trouve encore entièrement contenu. »

« Si le bassin est d'un volume ordinaire, dit Burns, la rétroversion peut survenir pendant le troisième ou le quatrième mois de la grossesse ; si le bassin est large et que l'œuf ne soit pas trop distendu par du liquide, elle peut se présenter dans le cinquième mois. » Cela peut aussi avoir lieu « quand, sans trop de violence, l'utérus est renversé par la courbure du col au point d'avoir, du sommet à la base, deux pouces de moins. »

Dugès et Boivin admettent la possibilité de la rétroversion dans la grossesse avant le troisième mois et après le quatrième... Du troisième au quatrième mois, la matrice n'est pas encore assez volumineuse pour ne point pouvoir pénétrer dans le grand diamètre de l'excavation pelvienne, mais, plus tard, il ne lui est guère possible de subir une une rétroversion véritable. Toutefois, ils rappellent que Smellie a vu cet accident au cinquième mois, et que Bartlett a cité un exemple de rétroversion au septième.

L'utérus était mou sans doute, et se sera déformé et raccourci pour s'enfoncer dans le bassin. Mais la facilité de la réduction les porte à douter qu'il y eût ici rétroversion véritable, et ils rejettent à plus forte raison les cas de Merriman observés à terme, car ce ne sont que des obliquités postérieures de l'utérus ou des positions sus-pubiennes de l'enfant.

M. Martin jeune n'admet la rétroversion que du premier au troisième mois.

M. Moreau « assure qu'elle ne peut s'effectuer que dans les quatre ou cinq premiers mois, jamais au delà, car le diamètre longitudinal de l'utérus étant supérieur à l'étendue du diamètre sacro-pubien du détroit abdominal, elle devient impossible. »

Désormeaux et M. Paul Dubois précisent plus nettement les limites de la grossesse pendant lesquelles la rétroversion peut avoir lieu : « Avant le deuxième mois, l'utérus ne paraît pas assez volumineux pour obéir aux causes qui pourraient le renverser. » « Après le quatrième mois, le diamètre longitudinal de l'utérus devient plus long que le diamètre antéro-postérieur de l'excavation, et l'utérus ne peut plus loger dans cette cavité. » Néanmoins une observervation de Smellie et une de Meckel, rapportées par Voigtel, pourraient porter plus loin l'époque où ce déplacement est encore possible. « Mais, dans ces obserations, il est question du cinquième mois, et ce mois commence dès la fin du quatrième. »

Suivant Naegelé, c'est dans le troisième mois qu'elle se présente le plus souvent.

Pour M. Négrier, c'est vers le quatrième mois que la rétroversion a *toujours* lieu ; « à cette époque le volume longitudinal de l'utérus est de 13 à 14 centimètres ; il a donc dépassé de 2 à 3 centimètres le diamètre sacro-pubien de l'entrée de ce canal. » Et, plus loin, il ajoute avec Baudelocque, pour expliquer le mécanisme du déplace-

ment : « le fond de l'utérus pressé graduellement sur la saillie sacrée, s'enfonce en s'aplatissant sous l'effort d'une pression continue. »

Nous terminons par l'opinion toute théorique de M. Jacquemier, et c'est celle qui nous paraît le mieux en accord avec les faits. « On observe ordinairement la rétroversion pendant le troisième et le quatrième mois ; quelquefois elle a lieu pendant le cinquième et même le sixième, et les différences d'amplitude du bassin, de volume de l'œuf, et son arrêt de développement par la mort du fœtus en font d'ailleurs concevoir la possibilité à une époque aussi avancée de la gestation. »

Nous allons démontrer par un exposé succinct d'observations : 1° *que la rétroversion a effectivement lieu ordinairement du 3e au 4e mois ; 2° qu'elle peut avoir lieu avant cette période, mais très-rarement ; 3° qu'elle peut avoir lieu aussi entre le 4e et le 5e mois, mais moins rarement qu'avant le troisième ; 4° qu'exceptionnellement, elle peut avoir lieu plus tard*, mais sans qu'on doive l'expliquer nécessairement par la mort du fœtus ou par l'amplitude du bassin.

a. La rétroversion a lieu ordinairement du 3e au 4e mois de la grossesse. Les faits abondent pour démontrer cette proposition, nous allons les énumérer sommairement :

1° Dans le mémoire de Martin jeune sur 13 observations, la rétroversion eut lieu 6 fois au 3e mois (obs. 1re, 4e, 5e, 6e, 7e, 10e ; elle eut lieu à 3 mois et demi dans la 8e.

2° Dans les deux faits rapportés dans la thèse de France (1806), la rétroversion se produisit au 3e mois.

3° Sur les 5 observations de Parent, la rétroversion eut lieu 3 fois à 3 mois (1re, 4° et 5e obs.), et 2 fois à 3 mois et demi (2e et 3° obs.)

4° Les 2e et 5e observations de Négrier, concernaient des femmes au 3e mois de leur grossesse. Dans les faits 3 et 4 la rétroversion se montra au 4e ; une seule fois la rétrover-

sion fut observée à une époque plus tardive ; nous en parlerons plus loin.

5° Dans les quatre cas rapportés par Amussat, deux fois la rétroversion se produisit chez la même femme au 3e mois (obs. 1re) ; elle se produisit aussi pour la première fois à 3 mois (obs. II) ; elle eut lieu ainsi trois fois à trois mois sur quatre cas.

6° Sur les 5 cas rapportés par M. Godefroy, de Rennes, 2 malades eurent leur rétroversion à 3 mois et demi, 2 à 4 mois (1846 et 1859).

7° Enfin, en dépouillant au hasard un certain nombre d'observations, nous constatons ce qui suit :

Sur 27 cas, la rétroversion se manifesta 8 fois au 3e mois (Mazier, de Laigle, de Billi, Van Hengel, Priou, Cazeaux, Garin, Bleynie, Chapplain). Elle eut lieu 3 fois à 3 mois et demi (1 fait de Moreau, 2 faits de Depaul et de Mayor). Enfin le développement de la rétroversion est indiqué au 4e mois dans 8 cas (Flamm, Rolland, Viranus, Whitehead, Roussilhe, Morris, Stoltz, Gérard, de Gray); ce qui donne, sur 27 observations, 19 cas entre le 3e et le 4e mois.

b. La rétroversion a lieu très-rarement avant le 3e mois. Voici les faits :

1° Une seule observation de Martin concerne une rétroversion à six semaines (observation IIe). Il est dit, en outre, que chez Mme Vachon (observation IXe) les règles n'avaient pas reparu depuis le 20 avril, et ce fut le 7 du mois de mai, *probablement*, que se produisirent les accidents ; dans cette hypothèse, cette dame n'eût été réellement enceinte que de quelques semaines. D'un autre côté, comment l'auteur eût-il pu être appelé le 5 mai, comme il le dit, pour combattre des accidents qui ne commencèrent que le 9. Il y a donc lieu de croire à une erreur de date dans l'observation dont nous parlons.

2° Dans l'une des observations d'Amussat, il est dit aussi que la rétroversion eut lieu à 2 mois ;

3° La malade de M. Gosselin paraît en avoir été affectée aussi à 2 mois ;

4° Enfin la seconde malade de M. Pingault, de Poitiers, eut la rétroversion à 2 mois et demi.

Or ces faits ne constituent qu'un nombre de 5 observations avant le 3e mois, et l'une d'elles doit être au moins considérée comme douteuse.

c. La rétroversion peut se produire encore entre le 4e et le 5e mois. C'est aux cas de rétroversion qui se produisent au delà du 4e mois, entre cette période et la fin du 5e mois, que se rapportent la plupart des observation graves de rétroversion ayant nécessité de grandes opérations et s'étant terminées quelquefois par la mort. Ceci explique aussi pourquoi dans les journaux on a relaté un aussi grand nombre d'observations de rétroversions utérines au 4e mois (V. plus haut), tandis que dans les mémoires où sont racontés les faits observés par le même chirurgien, il est plus fréquent de voir mentionner la production de la maladie à 3 mois ou à 3 mois et demi. Enfin, ce fait de la gravité plus grande de rétroversions au delà du 4e mois justifie l'assertion assurément toute théorique de Gardien : « Si la matrice se renverse aux environs du 4e mois, les accidents sont portés tout à coup au dernier période, etc.»

Nous avons rassemblé les observations suivantes du 4e mois au 5e :

1° Il en existe deux exemples dans Martin jeune. Le premier (4 mois et demi) concerne la pauvre femme de Tournus dont Viricel ponctionna la matrice avec succès. Dans la second cas (5 mois) , le même chirurgien fut obligé d'abandonner la malade à elle-même ; vu « l'état fâcheux de cette femme qu'il craignait de voir expirer entre ses mains. »

2° Une malade de M. Martin, de Tonneins, eut aussi la rétroversion à 4 mois et demi ; et l'état local et l'état général furent un instant assez graves pour que l'auteur

craignît « une inflammation du tissu péri-utérin et par suite l'invasion de la gangrène. Il n'y avait pas de temps à perdre, etc. »

3° La première malade de M. Pingault, de Poitiers, « se disait enceinte de 4 mois et demi » (1857). « La douleur presque incessante que cette malade éprouvait, les cris aigus qu'elle poussait de cinq minutes en cinq minutes et quelquefois à des intervalles moins grands... imprimaient à cet état une tournure et un cachet extrêmement remarquables, etc. »

4° Rappelons enfin que dans la IIe obs. de Smellie (*De la difficulté d'uriner*) la femme était au 5e mois de sa grossesse, qu'elle avait beaucoup dépéri faute de nourriture, qu'elle fit une fausse couche, après quoi « elle mourut de la diarrhée deux ou trois jours après. »

d. Exceptionnellement, la rétroversion peut avoir lieu plus tard que le 5e mois. Nous ne connaissons que trois observations dans lesquelles on ne puisse guère mettre en doute l'existence de la rétroversion après le 5e mois :

La première observation appartient à M. Négrier ; elle s'explique aisément par ce fait qu'il y avait rétroversion partielle, ou plutôt rétroflexion. Voici d'ailleurs quelques détails qui le démontrent : Il s'agit de la dame délicate de poitrine dont nous avons parlé déjà. Négrier fut appelé 6 mois après la disparition des règles. On sentait au toucher par le vagin plusieurs mouvements spontanés *très-distincts*. « Les parois de l'utérus semblent amincies tant le fœtus paraît voisin du doigt explorateur ; le col de l'utérus occupe le centre de l'excavation. Il n'a éprouvé aucune déviation ; il est seulement beaucoup plus bas qu'il ne devrait être. En arrière de la portion sous-vaginale du col dont l'orifice est fort petit et clos, on touche une portion sphérique de l'utérus qui remplit toute la concavité du sacrum, la partie de l'utérus qui dépassait le pubis

était de trois doigts. On refusa la perforation de l'œuf et la femme mourut. L'autopsie ne fut pas faite.

On doit la seconde observation à M. Baynham (1830), et la femme était au 6e mois de sa grossesse au moment où ce médecin l'observa. Il est vrai que l'accident qui donna lieu à la rétroversion (action de soulever un fardeau pesant) datait de six semaines auparavant. Il s'agissait donc d'une rétroversion produite à 4 mois et demi et continuée jusqu'au 6e. L'état était des plus graves. La femme était en proie à une fièvre violente avec vomissements, envies continuelles d'uriner, ténesmes, tension et sensibilité très-grande de l'abdomen ; il y avait prolapsus d'une grande partie du vagin et gonflement du clitoris et des petites lèvres. La cavité entière du bassin était remplie par une tumeur qui repoussait l'anus en bas et avait même donné lieu à un prolapsus de l'intestin, etc. La guérison eut lieu à la suite d'une ponction de l'utérus par le rectum.

Nous terminons par la troisième observation, qui a été recueillie par M. de Billi, professeur d'obstétricie à l'école de Milan, observation que M. Malgaigne a jugée digne d'être insérée dans le *Journal de chirurgie* (1845). Nous en extrayons ce qui suit :

1° Ce fut vers le troisième mois de la gestation que commença à se produire la rétroversion, et, à ce titre, ce fait se rapproche du cas précédent. La femme éprouva en effet à cette époque une sensation pénible comme celle d'un corps volumineux dans la cavité du petit bassin (forme lente de la maladie) ; au 4e mois, tiraillements forts et douloureux des aines, des cuisses et des lombes ; au 5e, tiraillement douloureux du vagin et constipation ; l'émission des urines ne s'effectue plus que difficilement ; au 6e mois, aggravation plus considérable ; au 7e, très-vives douleurs dans l'intérieur du petit bassin et à la partie antérieure de l'abdomen ; les urines ne sont plus expulsées qu'avec de grands efforts, et les évacuations alvines n'ont

plus lieu qu'avec d'incroyables difficultés. Enfin, au milieu du 8e mois, douleurs qui annoncent un accouchement prochain.

2° Or voici ce que constata l'examen par le palper et le toucher : utérus volumineux comme au 9e mois, ouverture supérieure du bassin ainsi qu'une grande partie de l'excavation occupés par un corps de forme ronde, placé entre le rectum et le vagin, et recouvert par la paroi postérieure de ce dernier organe. Le doigt dans le vagin ne parvient pas à trouver l'orifice. Pour le rencontrer, on introduisit jusqu'au fond du vagin une sonde de femme, mais cette sonde pénétra si haut que de l'extérieur on sentait son extrémité à cinq travers de doigt au-dessus des pubis. Enfin, ayant fait coucher la femme sur le côté, le chirurgien, après avoir franchi avec difficulté l'entrée du vagin, porta les doigts jusqu'au lieu où parvenait la sonde, et là se trouva l'orifice de l'utérus. On opéra la réduction avec le poing, puis l'accouchement s'effectua par l'expulsion d'un fœtus mort qui présentait le siége (la tête ayant été rentrée en bas vers le fond de l'utérus avant la réduction); cet enfant pesait 8 livres et demie.

3° On suppose que dans ce cas la fibre molle, faible et relâchée de l'utérus permit l'allongement du vagin ; que par suite de cet allongement le col put se porter graduellement en haut tandis que les efforts constants de défécation faits par la malade abaissaient de plus en plus le fond en bas ; que dans cette condition, l'utérus ne pouvant plus subir de développement dans son fond et sur les côtés se détendit au contraire librement par sa face antérieure dans la cavité abdominiale (1).

---

(1) Nous remarquerons quant à nous l'analogie de ce mode de développement avec ce qui se passe dans la maladie appelée par les Allemands *rétroversion partielle*. Dans celle-ci la partie postérieure du fond de l'utérus

4° L'auteur put s'assurer que la conformation du bassin était normale.

Signes et marche de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

De même que nous avons décrit deux formes de rétroversion au point de vue étiologique de cette maladie, de même au point vue de de sa marche et de ses signes, il importe de conserver cette division consacrée par Baudelocque. D'ailleurs, ce n'est pas émettre à ce sujet une opinion nouvelle, car, depuis cet accoucheur, les écrivains ont tous conservé cet usage dans leur description, et il n'y a de différence que par le nombre des périodes ou des divisions secondaires indiquées par eux.

En remontant plus haut que Baudelocque, on trouve dans Will. Hunter les premiers degrés des périodes diverses de la rétroversion, et il fait trois degrés de cette maladie dont nous allons seulement intervertir l'ordre, pour les mettre en rapport avec nos habitudes de description : nous appellerons ainsi, premier degré, l'*inclinaison légère de la matrice*, inclinaison dans laquelle le col et l'utérus sont restés presque dans leur position normale avec abaissement ; au second degré est la *demi-rétroversion* ou la *rétroversion partielle;* le troisième degré ou première variété de l'auteur anglais est *la rétroversion complète*, dans ce cas le fond de l'utérus est tout entier en bas et pleinement renversé en arrière.

Après cette division de Will. Hunter vient celle de Jahn ; mais il ne croit pas utile de conserver le premier

---

prend la forme d'un sac, dit Scanzoni, et s'enfonce dans les replis de Douglas. Dans l'observation de M. de Billi le développement se produisit en sens inverse et ce fut la paroi antérieure qui se déforma.

degré de Will. Hunter, et il n'en admet en conséquence que deux espèces : elles sont fondées sur le plus ou le moins de facilité qu'il peut y avoir à rencontrer l'orifice utérin. Il y a *rétroversion complète* quand le doigt ne peut atteindre cet orifice ; il y a *rétroversion partielle* quand on peut le rencontrer encore, soit au centre, soit vers le pubis « *etiamsi non sine labore.* »

Martin jeune ne reconnaît aussi que deux degrés de la rétroversion : le premier est celui dans lequel le fond de la matrice répond au sacrum et le museau de tanche au pubis ; dans l'autre le fond de cet organe vient se placer sur le périnée qu'il rend saillant, tandis que le col, dirigé en haut, occupe la place du fond, l'utérus ayant exécuté un mouvement de bascule à peu près complet. » Quant à la variété particulière de rétroversion avec flexion du col qu'il croit « avoir observée le premier, » d'une part cette disposition ne constitue pas une espèce spéciale, de l'autre elle est consignée dans une observation de Gartshore où il est dit qu'on trouva le col au milieu de l'excavation.

Dugès et Boivin n'admettent la rétroversion utérine que si le fond de l'organe a passé déjà sous l'angle sacro-vertébral. Il ne suffit pas ainsi pour eux qu'il réponde au sacrum comme dans la division de Martin, il faut qu'il soit passé sous le promontoire. Alors, disent-ils, tantôt il est penché, de telle sorte que son fond est encore plus haut que son col, tantôt ces deux parties sont à peu près de niveau, tantôt enfin le col est beaucoup plus haut que son fond. Nous verrons ultérieurement qu'il y a peut-être exagération dans cette manière de voir et qu'on pourrait admettre comme premierdegréles cas où, par développement à forme lente de la rétroversion à la fin du troisième ou du quatrième mois, il y a tendance à l'engagement du fond de l'utérus au-dessous de l'angle sacro-vertébral et non cependant engagement réel.

Nous considérons comme meilleures les divisions sui-

vantes de Murat et de Ramsbotham. D'après Murat, il y a deux degrés ou nuances de ce déplacement : dans le premier, le fond n'éprouve qu'une forte inclinaison et se trouve plus élevé que l'orifice ; dans le second il est placé sur la même ligne ou même plus bas. Dans le premier, le fond de l'organe est dirigé en arrière vers le sacrum et le doigt sent la tumeur qu'il forme quand on le porte dans l'anus le plus haut possible ; dans le second, le doigt rencontre facilement ce fond engagé qu'il est entre le sacrum et la paroi postérieure du vagin. Enfin, d'après Ramsbotham, il y a de même deux variétés de rétroversion : elle est *complète* quand le fond de l'utérus est renversé en bas et en arrière dans la cavité du sacrum ; elle est *partielle* quand l'organe est couché en travers dans la direction du court diamètre du détroit du bassin, son fond restant sur le promontoire de cet os.

Quant à nous, en nous fondant à la fois sur l'opinion de ces auteurs et sur la lecture attentive des observations consignées dans les mémoires et dans les journaux, nous décrirons seulement deux espèces de rétroversion ou plutôt deux périodes dans la maladie : nous appellerons la première période ou la première espèce l'inclinaison du corps de la matrice en arrière, et nous l'examinerons dans le deuxième, dans le troisième et dans le quatrième mois de la grossesse. Nous rapporterons à la seconde période la rétroversion véritable, mais après l'avoir indiquée dans les mêmes conditions que ci-dessus, nous lui décrirons deux degrés, suivant que le fond de l'utérus sera seulement en arrière, ou suivant qu'il sera à la fois en arrière et en bas vers le périnée.

1° *Signes et marche du premier degré de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse* (inclinaison du fond de l'utérus en arrière). Ce premier degré de la rétroversion de l'utérus est d'autant moins important que la grossesse est moins avancée. On comprend en effet qu'il correspond,

au deuxième et au commencement du troisième mois, à une condition normale de la matrice, puisqu'à cette période cet organe est dans une sorte de rétroversion ; il n'y a donc pas réellement à s'en occuper dans ce moment, et nous en reparlerons ultérieurement pour expliquer comment un accident fortuit peut aisément transformer cet état en rétroversion complète.

Il n'en est plus ainsi quand la grossesse est arrivée au troisième mois et au quatrième surtout, et à cette époque l'inclinaison en arrière dont nous parlons doit fixer l'attention parce qu'elle coïncide le plus souvent avec la forme lente de la marche de la maladie.

Voici ce qui a lieu en effet :

A la fin du 3e mois, le corps de l'utérus mesure environ 7 centimètres dans toutes ses directions, plus 4 centimètres qui répondent au col ; par son fond il est donc à peu près en rapport avec le contour supérieur du détroit abdominal, puisque la hauteur totale de l'excavation est de 11 centimètres en arrière et de 9 cent. environ sur les côtés. En outre il laisse libre, dans la direction de chacun des diamètres du bassin, un espace total qui est environ de 5 à 6 centimètres pour chaque diamètre, mais dont il faut défalquer une certaine épaisseur des parties molles représentées par les tissus ambiants, par le rectum et par la vessie. D'un autre côté, son diamètre vertical représenté par 11 centimètres est seulement un peu inférieur aux diamètres du bassin osseux qui sont de 12 centimètres. En conséquence, si l'utérus est libre à peu près dans le sens horizontal, il ne peut se déplacer que faiblement et d'une manière lente dans le sens vertical. Qu'on suppose en effet une grande violence agissant sur les organes génitaux de la femme, et alors, ou bien aucun déplacement en arrière n'aura lieu parce qu'il sera immédiatement réduit quand la cause cessera d'agir, ou bien il y aura engagement du fond de l'utérus sur l'angle sacro-vertical ou sous cet an-

gle, et alors rétroversion complète. Au contraire l'inclinaison en arrière sera très-facile sous une pression permanente d'avant en arrière provenant soit de la vessie pleine d'urine, soit de l'S iliaque remplie de matières fécales, soit d'une compression lente exercée naturellement ou artificiellement sur les parois abdominales, etc.

A la fin du 4e mois, les conditions n'ont pas davantage changé, et nous croyons que le premier degré de la rétroversion ne s'observe encore que si la maladie se produit graduellement. D'une part, en effet, le corps de l'utérus offre plus de résistance pour s'engager dans le détroit abdominal à cause de la hauteur de son diamètre vertical qui est de 14 centimètres environ; de l'autre il est moins libre dans ses déplacements latéraux à cause de ses dimensions transversales qui s'élèvent en moyenne à 10 centimètres et demi. Il n'y a donc qu'une violence encore plus grande que la violence indiquée plus haut qui puisse opérer le renversement d'un utérus dans des conditions normales. Tout au contraire, elle serait singulièrement favorisée par une première inclinaison lente avec légère flexion du col et par une sorte d'aplatissement graduel comme celui que détermine le premier degré du mal.

Il nous reste à dire maintenant à quels signes on pourra soupçonner cette inclinaison :

1° D'après Moreau, les symptômes sont ceux du relâchement : « Les femmes éprouvent un sentiment de gêne à l'épigastre; elles ont des tiraillements dans les aines et dans les lombes, elles se plaignent d'une pesanteur sur le rectum. L'excrétion des urines, celle des matières stercorales se font difficilement; les femmes ont de la peine à se tenir debout; elles se trouvent mieux couchées. » Toutefois les signes propres ne s'aquièrent que par le toucher « on trouve le col près du canal de l'urètre et le fond seulement est incliné en arrière. » Mais ces indications sont bien vagues, et d'ailleurs elles ne peuvent guère être

considérées sérieusement, attendu que l'auteur a décrit à la fois dans le même article la rétroversion de la grossesse et celle de l'état de vacuité.

2° Désormeaux et P. Dubois se bornent à dire : « Dans la rétroversion qui a lieu pendant la grossesse, on voit paraître tous les symptômes décrits en parlant des déplacements. »

3° « Les femmes qui en sont affectées, dit M. Jacquemier, éprouvent un sentiment de gêne à l'épigastre, des tiraillements ou des douleurs aux aines et à la région lombire; l'attitude debout les fatigue, tandis que le décubitus horizontal les soulage d'une manière sensible. Cet état de souffrance survient lentement ou rapidement... Ces phénomènes sont d'ailleurs communs à tous les déplacements et à la plupart des affections de la matrice. »

4° Burns, après avoir expliqué le mécanisme de la rétroversion au 3e mois et après cette époque, pense qu'au premier degré on devra trouver le fond de la matrice descendu en bas, tandis que son col sera courbé aussi en arrière; « ce n'est qu'à une époque plus avancée de la maladie que l'on trouve l'orifice de l'utérus dirigé parallèlement à l'axe de cet organe; » les matières stercorales seront arrêtées, la vessie sera distendue par l'urine dont l'excrétion est empêchée plus ou moins par la compression du col utérin sur le col vésical, etc.

Mais tous ces signes sont en général très-peu précis, et il vaut mieux demander aux observations des praticiens les renseignements qu'ils peuvent donner sur ce point.

a. Dans l'observation Ire de Négrier, ce qui frappa d'abord l'attention, ce fut l'absence complète de développement du ventre chez une femme qui prétendait être arrivée au troisième mois de sa grossesse.

b. Dans l'observation III de Martin jeune, les premiers symptômes qui se manifestèrent furent des douleurs dans la matrice et de la pression incommode du côté du rec-

tum. Le toucher fit reconnaître que le corps de l'utérus était un peu dirigé en arrière et que le col était porté en avant. Trois jours après, la femme n'ayant cessé de vaquer à ses occupations, un besoin pressant et continuel d'aller à la selle tourmenta la malade... puis dans la nuit, au milieu des efforts qu'elle faisait pour y satisfaire, elle éprouva un sentiment de craquement et de rupture ; la rétroversion devenait complète.

c. Chez la femme de l'observation VII, les seuls signes qui précédèrent la production de la rétroversion totale furent des difficultés d'uriner. Ils augmentèrent ensuite par les efforts de la femme pour remplir ces fonctions, et l'on ne consulta Martin que vingt jours après. La rétroversion était alors des plus complètes.

d. Les seuls signes manifestés par la femme X... (observation II de Négrier) furent « une sensation de pesanteur dans le bas-ventre ; elle fut bientôt suivie de douleurs sourdes dans les lombes ; la défécation devint plus difficile et rare. L'émission des urines fut normale dans les premiers jours, puis elle devint difficile et abondante. Enfin la vessie ne put se vider, etc. »

e. Suivant Parent, de Beaune, le prolapsus utérin caractérisé par l'abaissement plus ou moins complet de l'orifice au dehors de la vulve précède constamment la rétroversion proprement dite. Ainsi, abaissement de la matrice pour lui permettre probablement de se placer au-dessous du niveau de l'angle sacro-vertébral, tel serait le premier degré de la maladie ; l'inclinaison de l'organe en arrière, dans les cas de rétroversion à forme lente serait le second degré ; au troisième degré appartiendrait la rétroversion complète. Voici en effet quelques observations, malheureusement incomplètes, qui justifient cette manière de voir.

Madame M., dont parle Parent, après avoir éprouvé un peu plus de fatigue qu'à l'ordinaire, ressentit une vive douleur en rendant son urine qui ne sortit qu'avec

difficulté. Les parties génitales sont le siége d'un prurit incommode. Le ventre est sensible, des coliques violentes se développent au ventre et à l'hypogastre, il y a sensation pénible d'un poids sur le fondement augmentant par la station. Enfin, dès que la malade fait quelques pas, une tumeur très-gênante qui disparaît au lit fait saillie entre les grandes lèvres et embarrasse beaucoup les mouvements. L'auteur assure que c'était le col de l'utérus qui proéminait à la vulve, et un traitement heureusement combiné empêcha toutefois la rétroversion de se compléter, ce qui n'eût pas manqué, ajoute-t-il, si l'on n'eût remédié à la rétention d'urine.

Dans une autre observation, l'existence du prolapsus utérin comme premier degré de rétroversion paraît mieux démontrée. Il s'agit d'une femme qui avorta une première fois à sa seconde grossesse à la suite d'accidents graves de rétention d'urine ; à une troisième grossesse, il y eut des douleurs vagues dans le ventre surtout à la région hypogastrique accompagnées de difficulté d'uriner, sensation d'un poids lourd et incommode sur le fondement, accidents des plus graves qui ne peuvent mettre en doute l'existence de la rétroversion qui fut d'ailleurs constatée et qu'on réduisit. Enfin, à une quatrième grossesse, les accidents précurseurs de la maladie s'étant renouvelés, la malade fut plus prévoyante, instruite qu'elle était par l'expérience, et M. Parent constata ce qui suit : « L'utérus est précipité dans l'excavation pelvienne inférieure ; son col long et ramolli proémine entre les grandes lèvres ; son corps développé par le produit de la conception porte contre le pubis sur le détroit inférieur et suspend le cours de l'urine par la compression qu'il exerce. En un mot, les phénomènes observés sont tellement analogues à ceux qu'ont offerts les deux affections précédentes dans leur principe qu'il est impossible de mettre en doute l'identité de ces trois maladies parvenues à des degrés différents. »

La malade guérit avec la seule précaution de vider constamment la vessie au moyen d'une sonde à demeure, etc.

Nous rapprocherons enfin, quant à nous, des deux observations précédentes, le fait suivant : Martin jeune (obs. X) parle d'une malade qui éprouva, après un exercice fatigant, des douleurs sourdes dans le bassin et de la difficulté pour aller à la selle. Après beaucoup d'efforts inutiles pour satisfaire ces deux besoins, elle s'aperçut qu'une tumeur survenue presque subitement occupait la partie supérieure de la vulve et du vagin. Puis cette tumeur grossit et devint douloureuse. Cette tumeur était formée par le col de la matrice engorgé et douloureux. Le troisième jour, Martin ayant été appelé, reconnaissait une rétroversion complète qu'il réduisit, etc.

2° *Signes et marche du second degré de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse* (rétroversion complète) Autant sont peu précis et peuvent être contestés les signes de la rétroversion au premier degré, autant sont au contraire faciles à tracer les signes de la rétroversion complète. Un fait très-significatif d'ailleurs ne peut guère permettre ici à un observateur attentif de ne pas craindre que le développement de la maladie ait eu lieu, c'est l'accident qui a précédé ordinairement d'une manière subite la production de la lésion, accident dont il est parlé, ainsi que nous l'avons dit, dans presque toutes les observations. Or pour mettre un peu d'ordre dans l'exposé de ces signes et pour les montrer en outre suivant leur mode assez régulier d'évolution, nous allons les décrire d'après les observations seulement, sans recourir, comme plus haut aux principaux traités dans lesquels ils sont signalés trop sommairement.

Signes observés au moment où la rétroversion se produit. —Les signes immédiats de la rétroversion se manifestent ordinairement à la suite même de l'effort ou de la secousse qui l'a déterminée; plus rarement ils n'arrivent que quelques heures ou seulement quelques jours après; mais dans

tous les cas un sentiment de douleur plus ou moins pénible les rattache à l'époque où l'accident a eu lieu. Nous allons en citer quelques exemples.

1° La malade de l'obs. IV de M. Négrier ressentit immédiatement après l'accident « tous les désordres de l'émission des urines et des selles ainsi que des douleurs dans le ventre, les lombes et les cuisses. »

2° Dans l'observation V, « l'effort que fit la femme produisit instantanément une secousse dans le ventre. »

3° Dans l'observation VI, « les difficultés de plus en plus grandes pour l'émission des urines et l'expulsion des gardes-robes » commencèrent à partir du jour de la chute, et dans ce premier moment il y avait eu instantanément un dérangement dans le ventre.

4° La malade de M. Bleynie, en mettant une marmite pleine d'eau sur le feu, sentit aussi immédiatement quelque chose de dérangé dans son ventre, et « depuis ce moment elle n'avait pu ni uriner ni aller à la selle. »

5° La malade de M. Reid (1837) ne put uriner dès le premier jour.

6° La paysanne dont parle Mayor eut des accidents moins immédiats : elle éprouva seulement « quelques douleurs vagues, des malaises dans la journée ; mais à huit heures le soir, elle fut prise de douleurs vives dans le ventre et dans les reins qui lui arrachèrent des cris ; on crut à une fausse couche ; à dix heures on aperçut une tumeur qui sortait des parties génitales. »

7° Les accidents furent plus lents encore chez madame Mora (obs. de M. Garin) : elle éprouva pendant deux jours un peu de difficulté à uriner et de la constipation ; puis à la suite d'un lavage à la rivière, elle fut prise de coliques vives qui augmentèrent rapidement et firent croire à une fausse couche.

8° Enfin ils furent non-seulement moins graves, mais moins rapides dans le fait de la rétroversion au 2e mois

observé par M. Gosselin : « La malade éprouva seulement une douleur dans le ventre ; mais cette douleur ne fut pas assez intense pour l'obliger à s'arrêter ; elle ne fut pas non plus subite et la femme ne ressentit pas un brusque changement dans les organes du petit bassin. Ce ne fut que le surlendemain qu'elle fut forcée de prendre le lit.

b. Signes observés après que la rétroversion est produite.— Les signes qui se manifestent après que la rétroversion est produite et qui se continuent tant que la rétroversion n'a pas cessé, ne sont que l'exagération des signes survenant immédiatement après la production de la maladie. Ce sont en premier lieu la *rétention d'urine*, en second lieu *la rétention des matières fécales dans l'intestin, au-dessus et souvent au-dessous de l'utérus rétroversé*, en troisième lieu *des douleurs lombaires, périnéales et abdominales de la plus grande violence*, plus ou moins comparables aux douleurs de la fausse couche ou de l'accouchement ; enfin en quatrième lieu les *phénomènes généraux plus ou moins graves* qui accompagnent toujours la distension de la vessie ou de l'intestin.

Nous allons exposer ces signes dans l'ordre que nous venons d'indiquer, c'est d'ailleurs celui dans lequel on les observe constamment dans la pratique et avant l'arrivée du médecin ; nous terminerons par les caractères que celui-ci obtiendra par un examen direct, au moyen du *palper*, au moyen du *toucher du côté du vagin et du côté du rectum*, au moyen de l'*auscultation* et au moyen de la *vue*.

Nous ajoutons qu'à propos des signes qui suivent, nous exposerons les lésions anatomiques correspondantes observées après la mort des femmes ; ce sera la meilleure manière d'en préciser les caractères et la valeur.

De la rétention d'urine dans la rétroversion pendant la grossesse. — La rétention d'urine est le signe qui, bien avant la rétention des matières fécales, fixe le premier l'attention des malades et du médecin dans la rétroversion

utérine, et quand on l'observe au 3e ou au 4e mois de la grossesse, on peut presque affirmer, sans avoir pratiqué le toucher, que la rétroversion existe au 1er ou au 2e degré.

Ce fut en effet sur l'indication de ce seul signe que, dans un cas, la femme étant au 4e mois, M. Godefroy diagnostiqua une rétroversion.

La seule cause d'erreur possible relativement à cette rétention est que les femmes ne l'accusent pas avec la gravité qu'elle présente en réalité. Elles urinent en effet quelquefois avec effort, goutte à goutte, en prenant toutes les postures imaginables pour débarrasser la vessie, et alors il faut que les questions du médecin soient convenablement dirigées pour reconnaître ou pour soupçonner la rétention. D'un autre côté il arrive, dans certains cas extrêmement rares, que l'émission des urines a lieu malgré la rétroversion, et on l'explique par cette considération que le canal de l'urètre ou une partie de l'orifice du col vésical peuvent être encore perméables par suite d'une compression incomplète. Quant aux conséquences de cette rétention, telles que distension de la vessie, gonflement de la région hypogastrique, etc., on les connaît assez pour que nous n'ayons pas à insister sur elles. Mais ici, comme dans les précédentes parties de cette thèse, nous allons rappeler les observations qui rapportent ces accidents, et ainsi nous conserverons mieux la physionomie observée chez les malades.

1° Chez la femme observée par Walter Wall et par Will. Hunter, le 7e jour de la maladie, on donna issue par le cathétérisme à trois pintes environ d'urine.

2° Dans le cas de Wilmer, le ventre était considérablement distendu, l'ombilic proéminait comme la moitié d'un melon ; on retira 6 pintes d'urine.

3° Dans l'observation Ire de Parent, la sonde donna issue à 5 à 6 litres d'urine fétide et très-colorée.

4° La dilatation de la vessie était prodigieuse (obs. 3e

du même auteur); il s'écoula 7 à 8 litres de liquide. La quantité d'urine devait être considérable dans une observation d'Amussat, et il dit : « Je ne pense pas en avoir vu durer aussi longtemps l'émission chez l'homme. »

5° Dans l'obs. 5e de Martin jeune, la distension de la vessie avait imprimé au canal de l'urètre une déviation en forme de coude qui ne permit pas d'introduire une sonde de femme. « On eut recours à une sonde d'homme qui pénétra aisément, » en ayant eu la précaution d'abaisser un peu le col de la matrice.

6° La femme Geofert (6e obs. de Martin) ne faisait sortir que quelques gouttes d'urine avec les plus violents efforts. « On trouva dans l'hypogastre une tumeur volumineuse arrondie et fluctuante, qu'on reconnut être formée par la vessie distendue. » Le cathétérisme pratiqué « avec une sonde d'homme tira 5 à 6 litres d'urine. »

7° Chez la malade de la 7e obs. du même auteur, le méat urinaire était retiré et profondément caché dans le vagin ; avec une sonde de femme, on retira 5 litres d'urine.

8° Dans la 8e observation, il est dit que l'urine coulait goutte à goutte par regorgement ; « la vessie formait une tumeur molle et fluctuante qui s'élevait jusqu'au-dessus de l'ombilic. »

9° Le palper du ventre faisait reconnaître une tumeur molle et considérable due à la vessie derrière et au-dessus de la symphyse pubienne (obs. 4e de Négrier).

10° Le ventre offrait vers l'hypogastre une large tumeur molle de même nature, et la pression sur cette partie faisait naître de violentes envies d'uriner (obs. 5e du même auteur).

11° Il y avait tous les caractères de l'ascite (obs. de M. Basham, 1859), et l'on se préparait à la paracentèse quand heureusement la malade entra à l'hôpital. Chaque jour cependant il s'échappait quelques gouttes d'urine, et

la distension de la vessie était telle que la malade sentait que cet organe était près de se rompre.

12° La femme de la 9e observation de Martin avait consulté « à plusieurs reprises des gens de l'art, des commères, des charlatans, et son mal ne fit qu'empirer par l'emploi des diurétiques et des apéritifs variés qu'on lui conseilla. » « En examinant le ventre, Martin distingua une tumeur presque sphérique, étendue de l'hypogastre jusqu'au-dessous de l'ombilic. Sa figure, sa position, la fluctuation qu'on y observait, la rétention des urines qui ne s'évacuaient que par regorgement, tout annonçait qu'elle était formée par la vessie. »

13° Un fait curieux mérite en outre d'être signalé dans l'observation précédente : la vessie formait deux compartiments pour ainsi dire ; une sonde de femme vida en effet le compartiment inférieur et donna issue à une pinte de liquide, mais elle n'était pas assez longue pour pénétrer dans le compartiment supérieur. Ce ne fut qu'après la réduction de la matrice que l'écoulement fut possible, et l'on en tira cinq pintes d'urine.

14° Il en était probablement de même dans le fait de M. Gérard, de Gray « où l'on observait que durant le cathétérisme l'urine à plusieurs reprises cessait de couler quoique la vessie ne fût vidée qu'au tiers, » et nous pensons qu'il vaut mieux l'expliquer par cette cause que par la grande quantité de liquide contenu dans les uretères.

15° Dans la même observation IX de Martin, il est dit encore (et ceci fixera aussi ultérieurement notre attention) que l'écoulement n'eut lieu qu'avec des pressions exercées sur le ventre, car la vessie avait perdu sa contractilité.

16° Quelquefois c'est en déplaçant le col que la vessie a pu être vidée sans le secours de la sonde (obs. de Parent, obs. de Schneider), et ceci indique avec précision quelle est la cause de la rétention. Dans un cas Négrier fit couler

aussi un demi-litre d'urine, mais par une légère pression en soulevant l'utérus, ce qui dégageait un peu le col.

17° Dans un cas à l'hôpital Saint-Louis, on remarqua qu'à chaque toucher la malade urinait dans la manche de l'interne qui l'examinait (Lacroix). Le même effet avait lieu dans la première observation de Parent quand on pratiquait le toucher.

18° Quand une des filles observées par M. Godefroy, de Rennes, se portait en avant, la difficulté d'uriner cessait.

19° La femme X. (obs. XI de Négrier) urinait goutte à goutte par la pression des mains sur l'hypogastre.

20° La vessie distendue ne fait pas toujours volume à la région hypogastrique seulement. Dans le premier fait de Viricel, de Lyon, « la région hypogastrique offrait une tuméfaction considérable » due à la vessie; ensuite, à la région antérieure du vagin on trouvait une autre tumeur qui était fluctuante. La malade, après la réduction, en éprouva une incontinence d'urine qui durait encore soixante-huit jours après.

21° Nous citons enfin les autopsies dans lesquelles on a constaté des lésions de la vessie en conséquence de la rétention d'urine.

a. A l'ouverture du cadavre de la femme qui forme la seconde observation de Viricel, « on trouva la vessie extraordinairement développée. Elle occupait de l'un et de l'autre côté du ventre l'intervalle compris entre les côtes et le rebord de l'os des îles, la paroi antérieure adhérait à la paroi abdominale correspondante; la membrane muqueuse était phlogosée; l'urine contenue dans sa cavité était brunâtre, fétide et chargée de mucosités. Le canal de l'urètre très-allongé se recourbait sur la tumeur que formait la matrice rétroversée, etc. »

b. La vessie était de même immensement distendue dans le cas de M. Reid, terminé par la mort; elle s'étendait jusqu'à l'ombilic et adhérait aux intestins grêles; les

parois épaissies contenaient de la matière purulente noire, la muqueuse était gangrenée et se séparait par grands lambeaux.

c. La distension de la vessie peut amener la distension des uretères, mais on ne peut reconnaître ces désordres qu'à l'autopsie. « L'uretère gauche était très-distendu et ses parois épaissies » (Reid); « ils avaient une capacité trois ou quatre fois supérieure à celle de l'état normal » (Barber).

d. Dans l'observation de Reinick, on signala : « les uretères et les calices étaient aussi notablement dilatés. »

e. A cause du volume considérable de la vessie et de la masse intestinale, on ne peut apercevoir l'utérus (Wlteczck).

f. On dirait qu'il n'y a ni ovaires ni trompes, ceux-ci étant cachés vers le périnée (Lynn).

g. A l'ouverture de l'abdomen (Mayor), la vessie très-large et flasque ne contenait pas d'urine, s'élevait au-dessus du pubis et paraissait avoir été distendue ; elle ne présentait d'ailleurs aucune altération et couvrait en partie le corps de la matrice.

h. Dans l'observation de M. Craninx, la vessie était percée d'une ouverture gangrèneuse et avait contracté des adhérences avec l'épiploon.

22° Nous terminons en rapportant les observations rares dans lesquelles il n'y eut presque pas de distension de la vessie. *a.* Martin en rapporte un seul exemple (obs. 1), « il ne sortit que peu d'urine.» *b.* Dans une des observations de M. Bleynie « l'émission des urines n'avait pas été modifiée. » *c.* En était-il en réalité de même dans l'observation d'Estor, de Montpellier, rapportée par Dugès et terminée par la mort? Toutefois il y est dit « qu'en portant la main sur l'hypogastre on ne sentit aucun corps résistant, et qu'une sonde passée dans la vessie « donna issue à quelques gouttes d'urine. » *d.* Dans le fait de M. Chapplain (1858), « les urines étaient rendues sans difficulté. »

De la rétention des matières fécales au-dessus et au-dessous de l'intestin dans la rétroversion pendant la grossesse. Le second signe qui peut mettre sur la voie du diagnostic de la rétroversion pendant la grossesse est la rétension prolongée des matières fécales, d'autant plus qu'elle amène à la suite le ballonnement du ventre par des gaz, quelquefois même des vomissements. Toutefois cette rétention ne saurait être mise comme importance au même rang que celle de l'urine, et en outre il en résulte pour la malade des accidents consécutifs beaucoup moins graves.

Nous allons en conséquence nous borner à indiquer les faits suivants :

1° La rétention des matières fécales est signalée à peu près sans exceptions dans toutes les observations.

2° A défaut de cette rétention, les auteurs mentionnent un besoin pressant et continuel d'aller à la selle sans possibilité de le satisfaire.

3° Des lavements ne peuvent quelquefois être introduits dans le rectum et des laxatifs ne produisent aucun résultat.

4° Dans un cas où le volume du ventre était énorme on sentait manifestement deux tumeurs séparées au niveau de l'ombilic par une sorte de dépression transversale, la tumeur inférieure était formée par la vessie distendue, la tumeur supérieure sonore à la percussion était formée par du météorisme abdominal.

5° Enfin, dans deux observations, le rectum au-dessous de l'utérus en rétroversion était tellement rempli de matières fécales qu'il fallut, avant de faire la réduction, vider l'intestin à plusieurs reprises (Barbier, de Lyon).

6° Il fallut, dans une observation de M. Van Hengel (1848), débarrasser le rectum avec une longue sonde introduite jusqu'à l'S iliaque ; on sentait en effet des scybales dures au-dessus du fond de la matrice, ce qui aurait empêché de la replacer dans sa position normale.

7° Nous n'avons rien trouvé de caractéristique dans les autopsies de rétroversion utérine, pour ce qui concerne la rétention ou la gêne d'expulsion des matières stercorales.

8° Toutefois aucune modification n'est signalée du côté de l'excrétion des matières stercorales : *a.* dans l'obs. II de Martin ; *b.* dans l'observation 1re de M. Godefroy où il est dit que la malade « ayant une diarrhée habituelle ne remarqua aucun changement dans l'excrétion des fèces ; » dans celle de M. Chapplain : « les selles sont faciles, des lavements entretiennent la liberté du ventre. »

Des douleurs lombaires, périnéales et abdominales éprouvées par les femmes affectées de rétroversion utérine complète pendant la grossesse. — Dans peu d'autres conditions que dans la fausse couche ou l'accouchement les femmes n'éprouvent des douleurs lombaires, périnéales et abdominales aussi violentes que celles indiquées chez les malades affectées de rétroversion complète de la matrice pendant la grossesse. C'est ainsi que dans un certain nombre d'observations on lit que la femme se croyant sur le point de faire un avortement appela d'abord auprès d'elle la sage-femme ou le médecin chargés de l'accoucher. Nous allons, comme pour les articles précédents, emprunter nos exemples aux faits rapportés par les auteurs.

1° La dame dont Baudelocque a rappelé l'observation était « dans l'attitude d'une femme qui est à l'instant d'accoucher. Elle se livrait involontairement aux plus grands efforts, et elle était excitée autant par la présence d'un corps à l'entrée du vagin que par le besoin d'uriner. »

2° Dans l'observation de M. Bleynie l'auteur rapporte que la malade n'avait pas pu garder le repos ; elle souffrait beaucoup des reins et ne pouvait plus se tenir debout. »

3° Dans la première observation de Parent « on avait fait venir la sage-femme, qui, d'après la force et la nature des douleurs, jugea que la fausse couche était prochaine. » Quant aux douleurs, elles tinrent la malade en éveil quoi-

qu'elle fût disposée à s'endormir : elles se firent sentir d'abord dans les lombes, puis s'étendirent avec une intensité croissante à la région hypogastrique ; le 5e jour « douleurs expulsives, fortes et fréquentes, impossibilité de rester au lit. »

4° Dans la IIIe observation du même auteur, la sage-femme était présente « dans l'attente d'une fausse couche prochaine. » Il y avait un état si grave que depuis six jours la femme n'avait pu entrer dans son lit, et tout ce temps elle l'avait passée moitié assise, moitié couchée dans un fauteuil représentant un plan incliné, et presque sans pouvoir faire le moindre mouvement. Les douleurs étaient expulsives et très-rapprochées, etc. »

5° On crut de même à une fausse couche dans l'observation rapportée par Mayor. Quant aux douleurs elles furent si violentes que dans les efforts d'expulsion faits par la malade il y eut rupture des parties molles du bassin.

Des phénomènes généraux observés dans la rétroversion utérine pendant la grossesse. — Le quatrième signe, qui, souvent, avant que la maladie ait été reconnue, effraye les personnes qui assistent la malade et l'obligent à avoir recours aux conseils de médecins plus expérimentés, c'est l'apparition des phénomènes généraux, tels que mouvement fébrile, développement et force du pouls, agitation considérable et anxiété, sécheresse de la langue, fuliginosités même des gencives, etc.

En effet, ces phénomènes généraux paraissent à redouter d'autant plus que leur cause paraît mal déterminée, la femme croyant uriner suffisamment parce que l'urine coule goutte à goutte, ne se tourmentant pas ou se tourmentant peu d'une constipation opiniâtre qu'elle éprouve fréquemment à l'état normal, souffrant mais sans s'en épouvanter outre mesure des douleurs lombaires, des douleurs sur le périnée et dans le ventre, attribuées à une fausse couche pénible.

Or, voici quel est le tableau de ces phénomènes généraux tel qu'il est dressé dans quelques auteurs, et surtout dans les observations les plus complètes :

1° Madame Boivin note parmi les symptômes « nausées, vomissements et fièvre. »

2° Dans l'observation d'Estor, de Montpellier, il y avait, quand Dugès fut appelé, « face pâle, pouls faible, mais non fébrile ; puis quelques vomissements avaient eu lieu dans la nuit. »

3° Parent dit dans son mémoire : « Si la maladie est abandonnée à elle-même ou vainement combattue, les symptômes acquièrent une intensité nouvelle; la malade est affaissée, la respiration s'embarrasse, les jambes se tuméfient de plus en plus. » C'est ainsi que dans sa quatrième observation, avant qu'il ait été appelé auprès de la malade, « il y avait de la soif, de la fréquence dans le pouls, un abattement excessif, etc. etc.» Néanmoins, la femme guérit.

4° Dans l'observation de M. Gérard, l'auteur note, dès le début, « anxiété, fréquence du pouls, inappétence, insomnie et altération de la sensibilité générale. »

5° Dans le cas apporté par M. Garin, «l'accident simula parfaitement l'étranglement interne ; il y avait des vomissements bilieux répétés, l'anxiété était extrême, le pouls petit et serré. » Les vomissements étaient incoercibles dans deux cas (un cas de M. Dethil, 1853).

6° M. Martin, de Tonneins, indique aussi que la fièvre en survenant, ainsi que la dyspnée, rappelle les signes d'un espèce d'étranglement, et que l'appareil symptomatologique prend quelquefois la forme d'une maladie aiguë.

7° La fille L*** (obs. Ire de M. Godefroy) était « dans une agitation extrême, figure injectée. » La femme M*** (obs. II) avait la peau chaude, la bouche sèche, le pouls fréquent. Dans la troisième observation un médecin avait cru à une affection nerveuse.

8° Enfin, dans l'observation d'Hannah Martin (Baynham 1830), « l'épuisement et l'agitation avaient augmenté et l'état du pouls faisait craindre que la femme n'eût plus que peu de temps à vivre. » Elle guérit néanmoins.

Caractères obtenus par l'examen direct du médecin, au moyen du palper, du toucher, de l'auscultation et de la vue. — Mais les symptômes que nous venons de décrire ne sont que les signes rationnels de la rétroversion utérine, et dans aucun cas, malgré leur grande valeur au point de vue diagnostique, quand ils apparaissent, ils ne sauraient donner de certitude absolue. Au contraire, l'examen direct peut lever rigoureusement tous les doutes, et comme il s'agit ici non-seulement du diagnostic de la rétroversion, mais encore du diagnostic de la grossesse, il faut mettre en usage tous les moyens d'exploration employés dans ces conditions, tels que palper abdominal, toucher, vue et auscultation. Nous allons exposer les résultats de ces modes d'exploration dans l'ordre où ils sont le plus ordinairement employés dans ces cas, et nous commençons par le palper.

Caractères obtenus par le palper abdominal. — Le palper abdominal est le premier moyen auquel le médecin a habituellement recours auprès des malades affectés de rétroversion. La femme accuse quelquefois de la rétention d'urine ; elle se dit et se croit enceinte ; les renseignements fournis établissent en outre qu'il existe de vives douleurs dans l'abdomen comme pour accoucher ; d'un autre côté, on sait que les femmes ne se laissent en général examiner par le toucher, en dehors au moins de l'accouchement, que si d'autres explorations reconnues inutiles en ont démontré la nécessité. Quoi de plus simple en conséquence que d'examiner le ventre en premier lieu par la palpation ?

1° Or voici ce que constatait le palper dans l'un des cas que nous eûmes l'occasion d'observer. Une tumeur dure, volumineuse, pyriforme, existait à la région hypogastrique

et soulevait les parois abdominales des pubis à l'ombilic ; à l'inverse de la tumeur globuleuse ou ovoïde à grosse extrémité inférieure que devait produire la matrice en gestation, celle-ci était ovoïde à grosse extrémité placée en bas. En outre elle était plus superficielle aussi par sa partie située au-dessous des pubis et si manifestement fluctuante qu'il était impossible de douter qu'elle dût contenir du liquide. Mais ce liquide n'était-il pas renfermé avec un enfant dans la matrice? C'est ce qu'il s'agissait de déterminer. Alors en palpant le ventre avec plus de soin, il fut difficile de la déprimer tant elle était distendue ; toutefois il était aisé de reconnaître qu'il n'existait dans la tumeur aucune partie mobile se soumettant au ballottement, etc. Elle avait ainsi tous les caractères et occupait la place de la vessie distendue par de l'urine.

2° Le ventre de la malade observé par M. Gosselin avait le volume du ventre d'une femme enceinte de 6 ou 7 mois quoiqu'elle fût enceinte de trois mois seulement au moment de l'examen ; il était fluctuant et mat à la percussion. Cette matité s'étendait jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic.

3° La percussion et la palpation faisaient constater dans une des observations de M. Godefroy une tumeur fluctuante occupant toute la région hypogastrique. Le ventre était développé comme dans une grossesse de six mois au moins. La tumeur était formée par la vessie énormément distendue.

4° Dans une observation de M. Martin, de Tonneins, la tumeur circonscrite, il est vrai, était trop molle et trop peu résistante pour un utérus.

5° Cependant les renseignements fournis par le palper rendaient le diagnostic incertain dans le fait de M. Garin : « une tumeur dure qu'on pouvait prendre pour l'utérus se faisait sentir sous l'hypogastre, et semblait se durcir sous la main à chaque contraction des muscles de l'abdomen. »

6° Nous tenons de M. Tarnier, que dans un cas observé à la clinique par M. Pajot et par lui, il y avait des contractions analogues dans la région correspondante à la tumeur hypogastrique, et ce phénomène embarrassa momentanément le diagnostic.

7° C'est par exception qu'on peut espérer sentir le col utérin au-dessus des pubis, et ce ne sera qu'après l'évacuation de la vessie.

8° Le palper permettra de même, après l'évacuation de la vessie, de sentir dans l'intestin les matières fécales endurcies et formant obstacle au redressement artificiel ou spontané de l'utérus.

9° Enfin le palper abdominal rendait encore un grand service dans les cas rares où il n'y a pas distension de la vessie ; alors il indique le déplacement de l'utérus dont on ne peut reconnaître le fond au niveau ou au-dessus du détroit abdominal. Il en était ainsi chez la femme observée par nous et affectée de grossesse molaire hydatiforme avec rétroversion ; l'utérus ne dépassait pas le détroit abdominal quoique la femme fût arrivée au delà du 5e mois de sa grossesse. Ce fut encore le palper abdominal qui, dans un cas de rétroversion avec polype utérin sans rétention d'urine nous mit sur la voie du diagnostic de la rétroversion, en touchant la matrice entre les doigts par ses deux extrémités comme l'indiquent Puzos et M. Velpeau, etc.

Caractères obtenus par le toucher vaginal. — Après le palper abdominal se place dans toutes les explorations obstéricales l'application du toucher vaginal. Cette opération est la pierre de touche de la maladie, et nous allons insister plus longuement sur ce point.

Or plusieurs conditions distinctes peuvent se présenter quand on examine par le toucher vaginal une femme affectée de rétroversion : tantôt le toucher ne rencontre qu'une seule tumeur, c'est la tumeur formée par l'utérus renversé et qui repousse la paroi postérieure du

vagin : ce cas est le plus commun ; tantôt il y a deux tumeurs, une en arrière comme ci-dessus, l'autre en avant repoussant la paroi vaginale antérieure : c'est un fait exceptionnel, et cette seconde tumeur est formée par la vessie ; tantôt le doigt ne rencontre pas le col ou ne le trouve qu'avec une extrême difficulté au-dessus des pubis : c'est aussi le cas ordinaire ; tantôt enfin le doigt trouve aisément soit le col en totalité, soit l'une des lèvres : ce cas n'est pas absolument rare même dans les rétroversions complètes ; enfin une dernière condition peut exister, c'est celle où le doigt reconnaît manifestement soit à travers le fond de l'utérus renversé, soit à travers l'orifice, les caractères d'un utérus en gestation.

Nous allons citer des exemples de chacune de ces conditions en commençant par les deux plus communes, que nous réunirons dans une même description : une seule tumeur repoussant la paroi vaginale postérieure et le col de la matrice ne pouvant être atteint que difficilement au niveau ou au-dessus des pubis.

1° Les faits abondent pour cette première variété.

a. Voici comment Martin, de Lyon, la décrit dans sa première observation : « Le corps de l'utérus formait dans le vagin une tumeur arrondie du volume du poing déprimant la paroi postérieure de ce conduit. Cette tumeur était douloureuse au toucher ; elle présentait une résistance qui annonçait l'engorgement inflammatoire de la matrice » L'orifice utérin qu'on touchait avec difficulté était placé derrière le pubis et un peu à droite ; il laissait échapper une portion de placenta engagée dans l'orifice utérin. »

b. Dans l'observation II, on reconnut par le toucher « que l'organe, une fois plus volumineux que dans l'état de vacuité, était placé de champ à la partie supérieure de l'excavation du petit bassin; son fond répondant au sacrum était dirigé un peu à droite ; son orifice placé très-haut derrière le pubis était incliné à gauche, de sorte que pour

l'atteindre on était obligé de recourber l'indicateur de la main droite et de le porter en haut, en devant et à gauche. » Le cours des urines n'était pas intercepté.

c. Dans l'observation III, le fond de l'utérus porté en arrière et à gauche, refoulait vers la vulve la paroi postérieure du vagin, ce qui bouchait presque entièrement ce conduit. Le col était placé en haut et à droite derrière le pubis, et l'on pouvait à peine l'atteindre ; il était un peu recourbé sur lui-même.

d. Martin signale dans la cinquième observation, comme particularités, « que la paroi antérieure du vagin relevée et tendue paraissait avoir moins de longueur ; la postérieure, déprimée par le fond de la matrice, présentait des rides transversales.

e. Désormeaux et M. P. Dubois ont exprimé le même fait en disant : « la paroi intérieure du vagin est tendue et douloureuse, tandis que la postérieure est relâchée. » D'un autre côté Parent donne des caractères identiques dans cette phrase (observation III) : « A l'entrée du vagin se trouve une tumeur volumineuse, recouverte par la paroi postérieure de ce conduit qui est plissée, ramollie et appliquée contre la paroi antérieure. » Enfin, à un plus haut degré de plissement, la paroi vaginale postérieure « ne forme plus qu'un bourrelet muqueux » (observation de M. Barrier, de Lyon), « la paroi antérieure était lisse et tendue, etc. »

f. Dans l'observation VIe de Martin, la tumeur vaginale avait le volume de la tête d'un fœtus à terme ; il fut très-facile de distinguer qu'elle était formée par la matrice dont le fond dirigé en arrière et en bas déprimait le rectum et poussait en avant le périnée et la paroi postérieure du vagin, tandis que le museau de tanche placé derrière les os pubis et au-dessus d'eux, un peu à droite, pressait fortement la vessie de bas en haut et d'avant en arrière.

g. Dans l'observation Ire de Viricel, où l'on opéra par la

ponction, la tumeur formée par le fond de l'utérus était complétement immobile, étant fortement enclavée.

h. Le corps de la matrice ne pouvait être non plus déplacé avec le doigt chez la fille L... (Godefroy).

i. Dans l'observation d'Hannah Martin, citée plus haut (Baynham), la tumeur utérine repoussait l'anus en bas et avait même donné lieu à un prolapsus de l'intestin. L'orifice était bien au delà de la portée du doigt, et le fond de l'organe à moins d'un pouce de l'anus.

k. Dans un cas de M. Reid qui se termina par la mort, « on trouvait les parties chaudes et gonflées, et le passage bloqué par un corps qu'on jugea être le corps de la matrice, » et à l'autopsie on trouvait « le fond de l'utérus fixé au-dessous de la saillie sacro-vertébrale et occupant la cavité du sacrum. Une portion du vagin était poussée en bas, et la tumeur à sa partie postérieure couvrait presque l'orifice externe de la vulve. »

l. Il faut ajouter qu'en pratiquant à la fois le toucher et le palper, il peut être facile de s'assurer d'une part que la tumeur utérine sentie dans le vagin est indépendante de la tumeur hypogastrique ou vésicale ; de l'autre, que l'extrémité du doigt porté derrière les pubis, dans le long canal formé par le vagin, peut être aussi senti par la main qui palpe au-dessus de ces os. La première condition est rarement signalée dans les observations ; quant à la seconde, nous pûmes la constater dans le fait de rétroversion avec polype de la matrice déjà cité, et dans un cas dont nous avons déjà parlé (fait de M. De Billi) une sonde ayant été portée derrière les pubis, fut reconnue aisément avec la main placés au-dessus.

2° Nous ne connaissons que deux cas de double tumeur du vagin : une postérieure formée par l'utérus comme il est dit ci-dessus, une antérieure formée par la vessie engagée au-dessous de l'orifice utérin. Nous avons parlé plus haut du premier appartenant à Viricel à propos de la

rétention d'urine. Voici comment M. Négrier décrit le second : « Le toucher me fit reconnaître deux tumeurs, une tumeur molle au-dessus des symphyses, une autre formée par le renversement de l'utérus en arrière. Mais quand la malade fut couchée sur le dos, je trouvai, de plus, une poche herniaire formée par le segment inférieur de la vessie, déprimant la portion inférieure de la paroi antérieure du vagin. Cette poche était bilobée, les deux lobes étant séparés l'un de l'autre par le canal de l'urètre qui était au contraire tendu. »

3° Il y a d'assez nombreux exemples de flexion du col coïncidant avec la rétroversion :

a. Désormeaux et P. Dubois la considèrent comme démontrée, mais sans admettre que l'excès de longueur du col de l'utérus soit, comme l'a prétendu Wltczeck, une cause de rétroversion ; « cette disposition peut bien permettre la flexion de ce col quand la rétroversion a lieu, mais elle ne peut produire l'abaissement du col en arrière. »

b. Or cette flexion du col sur le corps existait réellement dans l'observation suivante de Martin (obs. X) : « Portant mon doigt dans le vagin, je trouvai bientôt la cause qui retenait le museau de tanche à la partie supérieure de la vulve. La matrice était rétroversée tandis que son col placé en dehors de la vulve était relevé, fixé au-dessous et en avant du pubis et recourbé sur lui-même en forme de bec d'aiguière.

c. Nous avons en outre déjà signalé cette disposition dans une note de Burns : « L'utérus peut aussi être renversé par la courbure du col. »

d. Dans le fait de rétroversion utérine avec polype utérin que nous avons observé, il y avait aussi flexion du col sur le corps, et l'on sentait aisément au fond du long canal formé par le vagin tiraillé les lèvres du col utérin formant crochet regardant en bas.

e. Le col était resté à peu près au centre de l'excavation dans l'observation Ire de Négrier.

f. Dans un cas de Gartshore le col était aussi au milieu de l'excavation.

g. Mais la flexion du col n'empêche pas son élévation, et dans l'observation de M. Parent il est dit que le col était courbé en demi-cercle et ramolli, et situé très-haut derrière le pubis.

h. Même inflexion avec élévation au-dessus des pubis dans l'observation de M. Chapplain, de Marseille (1858) : « L'orifice utérin est incliné en avant et en bas. »

i. M. Martin de Tonneins dit aussi : « On a vu des cas dans lesquels la rétroversion était unie à la rétroflexion, » mais nous ne savons dans quelles observations il a lu « qu'alors l'utérus est penché du côté de la symphyse sacro-iliaque et le col dirigé en avant et à gauche. »

4° Nous terminons ce qui concerne le toucher vaginal en signalant les caractères propres à faire reconnaître dans l'utérus rétroversé un utérus en gestation.

a. Dans l'observation IV de Négrier dont il vient d'être parlé (fait de rétroversion partielle au sixième mois) on reconnaissait dans « la tumeur élastique au toucher » la présence d'un fœtus vivant et assez développé pour qu'il ait fait percevoir plusieurs mouvements spontanés. »

b. Dans l'observation de M. Garin, où, à cause de l'incertitude du diagnostic, on analysa tous les caractères présentés par la tumeur utérine, il est dit qu'elle « avait l'apparence d'une bourse charnue et aplatie ; » on sentait « des sinuosités veineuses à sa surface ; » il y avait « dureté seulement pendant la douleur et flaccidité après leur passage. »

c. On lit dans une autre observation : « la tumeur formée par l'utérus était arrondie, élastique, d'une consistance médiocre et uniforme ; » « par son volume et sa consistance, elle présentait les plus grands rapports avec les caractères

que doit avoir l'utérus à quatre mois de grossesse et ne ressemblait pas à une tumeur fibreuse. »

d. Dans l'une des observations de Martin déjà rapportée, nous venons de transcrire ces mots « et laissait échapper une portion de placenta engagé dans l'orifice. »

e. Néanmoins ces caractères sont très-peu précis en présence surtout du fait observé par nous de rétroversion avec polype utérin où la matrice présentait ces conditions d'élasticité, et où le col était mou comme dans la grossesse, probablement à cause des pertes nombreuses et considérables éprouvées auparavant par la malade.

5° Dans les faits d'autopsie publiés dans les livres ou dans les journaux, voici ce qu'on constatait du côté du vagin :

a. (Obs. de Will. Hunter) « le col de la matrice était appuyé sur le bord supérieur des pubis ; son corps et son fond étaient tournés en arrière et en bas, au-devant du rectum et vers l'anus. »

b. (Obs. de M. Reid) « une portion du vagin est poussée en bas, et la tumeur à la partie postérieure touche presque l'orifice externe de la vulve ; » « le col est senti avec difficulté au-dessus des pubis. »

c. Dans l'observation de M. Craninx, de Louvain « la matrice placée presque parallèlement au détroit supérieur était plongée dans l'excavation et offrait le volume du poing; la face antérieure était dirigée vers la cavité abdominale. Les membranes étaient engagées dans le col » et celui-ci offrait la dilatation d'une pièce de deux francs. Le fœtus de trois à quatre mois était en portion occipito-cotyloïdienne gauche.

Caractères obtenus par le toucher rectal.— Quelque répugnance que les femmes puissent éprouver quand on exécute le toucher rectal, il est indispensable de le pratiquer quand les signes obtenus par les moyens divers indiqués ci-dessus font non-seulement présumer, mais portent à affirmer qu'il

y a rétroversion. Le toucher rectal seul peut permettre de parcourir la tumeur utérine dans une grande étendue, et dans cette direction le doigt n'est pas empêché de pénétrer profondément en arrière. Il y a plus : tandis que le toucher vaginal apprécie le mieux la position du col au fond du long cul-de-sac situé derrière les pubis, c'est le toucher rectal qui juge d'une manière exacte des caractères de la tumeur formée par le fond de la matrice. On ne s'explique pas dès lors pourquoi les observations sont aussi incomplètes sur les renseignements qu'elles pourraient fournir à ce sujet.

1° Ce qui frappe tout d'abord quand on pratique le toucher anal, c'est le peu de profondeur à laquelle on rencontre la tumeur utérine au-dessus de l'anus.

a. Elle était à deux centimètres à peine de l'orifice anal dans la première observation de rétroversion utérine pendant la grossesse que nous eûmes à réduire.

b. Elle avait entr'ouvert l'orifice anal et avait produit même un prolapsus de l'intestin dans plusieurs observations et surtout dans celle de M. Baynham.

2° Quand on l'examine avec attention, on s'aperçoit aisément qu'elle ne fait pas corps avec la face antérieure de l'intestin. Dans le fait de M. Garin, ce point fut attentivement examiné, par ce qu'on crut avoir affaire à une tumeur volumineuse du vagin, analogue à celle que Robert avait présentée à l'Académie. Or, elle n'était pas adhérente à la cloison, et « dans certains moments de relâchement, on la sentait mobile entre le vagin et le rectum. »

3° En outre, après avoir engagé le doigt au-dessus de l'anus, il est facile de s'assurer en suivant cette tumeur en avant que le canal de l'intestin est seulement refoulé par elle; et d'une part on peut en poussant devant soi la paroi rectale antérieure se rapprocher notablement des pubis; d'autre part on peut en combinant les deux touchers vaginal et rectal rencontrer le doigt porté dans l'anus im-

médiatement au-dessous de la partie postérieure ridée ou boursouflée du vagin.

4° Ce n'est que par exception qu'on pourrait, en pratiquant le toucher seulement, s'engager un peu au-dessus de la tumeur. D'un côté, la plupart des observateurs ont noté en effet pendant la vie, et après la mort « que le rectum est comme aplati entre le fond de l'utérus et la paroi postérieure du bassin » (Jacquemier, Barrier, de Lyon), etc.; de l'autre, comment pourrait-on atteindre à une aussi grande hauteur à moins d'appuyer le coude de la main qui explore contre la hanche, ou de le faire pousser par un aide, comme Amussat en a donné le conseil?

5° Dans les observations d'autopsie, voici ce que l'on constatait du côté du rectum :

a. (Obs. de M. Reid.) « L'utérus est dans la rétroversion, son fond étant fixé au-dessous de la saillie sacro-vertébrale et occupant la cavité du sacrum. »

b. La partie la plus élevée de l'utérus atteint à peine la troisième vertèbre lombaire (Van Doeveren.)

Caractères obtenus par l'auscultation.—L'auscultation ne peut rendre que de médiocres services dans l'examen d'une malade affectée de rétroversion utérine. On n'entend pas les battements du cœur du fœtus, parce que, d'une part, la grossesse est encore peu avancée, de l'autre, parce que la matrice est cachée profondément dans l'excavation pelvienne et couverte par la vessie considérablement distendue. Toutefois, au point de vue du diagnostic de la grossesse, l'auscultation peut servir à constater le bruit de souffle. On le rechercha en effet et on l'entendit dans l'observation de M. Gosselin ; nous l'entendîmes aussi et nous le fîmes entendre très-nettement à des médecins appelés en consultation dans un cas vu par nous où il y avait grossesse molaire hydatiforme et rétroversion de la matrice. D'un autre côté, on ne l'entendait pas dans l'autre observation qui nous est propre, chez une femme affectée de

rétroversion d'un utérus rempli par un polype volumineux. Or, sans attribuer au bruit de souffle, dans la gestation, plus de valeur qu'il n'en a, nous sommes fort disposé à penser, avec Scanzoni, que « c'est un guide précieux ; » avec M. P. Dubois « qu'il doit établir une grande probabilité ; » quoique, d'un autre côté, il ne soit pas douteux que les faits soient nombreux et de nature à ne laisser aucun doute, où l'on doit « refuser au souffle utérin la valeur d'un signe certain de la gestation. » (Depaul.)

Caractères obtenus par la vue. — Nous terminons par les signes obtenus à la vue. On ne les rencontre, en général, que dans les cas les plus graves :

1° Dans le premier fait de Viricel « on observait une saillie très-remarquable au périnée ainsi qu'au pourtour de l'anus, dont l'ouverture était dilatée et béante. »

2° Baudeloque cite aussi un cas où le fond de l'utérus faisait saillie à l'orifice externe, à cause des envies violentes d'expulser quelque chose. Il put, du reste, réduire la tumeur promptement.

3° Dans un cas rapporté par le docteur Bell, une portion du rectum était poussée par l'utérus (Burns).

4° En levant la chemise de la fille G... (Mayor) on apercevait une grosseur qui sortait des parties génitales.

5° Ajoutons que la vue a constaté enfin, dans ces cas, de l'œdème des grandes lèvres, du boursouflement du clitoris et des petites lèvres, la présence d'un bourrelet vaginal assez épais pour en imposer pour une chute du vagin, enfin l'œdème des membres inférieurs constaté dans quelques observations seulement.

c. Signes observés quand la rétroversion de l'utérus est arrivée à son plus haut degré de développement. — En général la rétroversion utérine est aisément reconnue en présence des signes nombreux que nous venons de résumer si longuement. Mais dans des cas qui ne sont pas cependant absolument rares, la maladie a été abandonnée à elle-

même, tantôt parce qu'il y avait impossibilité d'agir, tantôt parce que les femmes éloignées de tout secours ne pouvaient recevoir promptement les soins que nécessitait leur état. Nous allons résumer le tableau des principales observations de ce genre, et nous le compléterons au fur et à mesure dans chaque observation, par la description des lésions observées après la mort. En outre, nous indiquerons autant que possible, la durée de la maladie jusqu'à l'apparition de ces accidents, survenant au plus haut degré, puisque ces conditions sont les seules où elle ait été abandonnée à elle-même.

1° Le premier fait de rétroversion utérine abandonné à lui-même est raconté dans la thèse de Reinick (1732). On se souvient que c'est aussi le premier cas de rétroversion qui ait été bien observé et bien décrit ; nous l'empruntons à la thèse de M. Lacroix, dans laquelle il a été publié pour la première fois en France.

Il s'agit d'une femme âgée de 26 ans, arrivée au 5e mois de sa grossesse : elle avait fait un faux pas en portant un fardeau assez lourd sur son dos et elle n'évita de tomber qu'en faisant un effort considérable. Rentrée à son logis, elle se plaignit d'une douleur qu'elle ressentait dans la région des lombes et des pubis, et plus tard, ayant senti le besoin d'uriner, elle essaya vainement d'accomplir cette fonction. Elle appela un médecin qui ne lui apporta aucun soulagement. L'urine continua de couler goutte à goutte pendant quinze jours, le ventre se tuméfia de plus en plus ; enfin la malade mourut. A l'autopsie « la vessie distendue remplissait les régions hypogastrique et ombilicale. La masse intestinale était refoulée vers la partie supérieure, au-dessous du diaphragme. La vessie contenait vingt livres d'urine, » cependant les parois n'étaient pas devenues plus minces ; elles avaient acquis au contraire une épaisseur double de celles qu'elles ont à l'état normal. Les uretères et les calices étaient aussi notablement dilatés. L'uté-

rus était profondément situé derrière la vessie; une partie seulement de cet organe était visible; un repli formé par la partie supérieure du vagin en dérobait aux regards au moins le tiers. Cette portion de l'utérus était tombée dans la cavité intérieure du bassin où elle se trouvait retenue et comprimait fortement le col de la vessie; » quand « l'utérus fut dégagé des parties qui le retenaient enclavé, on trouva dans son intérieur deux fœtus jumeaux du sexe masculin. »

2° On connaît déjà l'observation de Will. Hunter terminée aussi par la mort. La femme étant à son quatrième mois, elle eut une frayeur et se trouva mal. Elle ne put ensuite rendre ses excréments et ses urines sans une grande difficulté; son incommodité augmenta et il y eut rétention complète d'urine et d'excréments. Le 7e jour seulement, on appela Walter Wall; il la sonda et tira trois pintes d'urine; on donna un lavement, il passa peu d'eau dans le rectum. Pour découvrir la cause de ces accidents, Walter Wall introduisit le doigt dans le vagin, mais il ne put reconnaître l'orifice de l'utérus, une tumeur énorme comprimait la vessie contre la face interne du pubis. Puis l'urine qu'on amena par la sonde devint rouge et sanguinolente. La tumeur utérine pressait l'intestin rectum contre le coccyx. Enfin les efforts de réduction ayant été impuissants, la malade mourut le surlendemain. La vessie occupait la presque totalité de la région antérieure de l'abdomen. L'utérus ramassé et affaissé était incarcéré dans la cavité pelvienne à un tel point que, pour le redresser, il fallut diviser la symphyse du pubis (1). On trouva la

(1) Ce qui étonne très-fort Vidal, et il ajoute: « J'avoue pour ma part que cette circonstance de ne pouvoir sur le cadavre faire sortir la matrice du bassin sans écarter les os qui la compriment, ébranle un peu la foi que je puis avoir dans ce fait. » Nous rappelons, pour répondre à cette observation, que Wilmer et Saxtorph constatèrent le même fait, et que M. Moreau a signalé aussi cette impossibilité de dégager la matrice sans couper la symphyse.

tête de l'enfant portée en bas dans le fond de ce viscère. » (Chopart).

3° Dans l'observation de Lynn (1771), il s'agit d'une femme de 40 ans, d'une constitution lâche, mère de plusieurs enfants et enceinte de quatre mois. Elle eut d'abord un renversement du vagin, auquel elle était sujette depuis longtemps. La tumeur était réduite depuis peu de jours, quand elle sentit quelque chose se déranger dans le ventre et lui tomber vers le bas du dos. Il y eut sur-le-champ constipation, rétention d'urine, nausées et douleur dans le ventre ; Lynn reconnut la rétroversion mais ne put la réduire ; on employa la sonde sans succès. Les lavements étaient arrêtés dès l'entrée du rectum. Il y avait une tension excessive au ventre et surtout à la région qu'occupait la vessie. On proposa la ponction, la malade s'y refusa ; le 7e jour, il lui survint des nausées et des hoquets précurseurs de la gangrène ; puis elle sentit quelque chose se crever dans son ventre, se délivra ensuite de son enfant, et mourut le lendemain. La vessie était rompue dans son fond par excès de développement et par gangrène, et l'abdomen contenait 9 à 10 pintes de liquide.

4° Dans le fait de Saxtorph, la vessie céda à sa face postérieure (Jahn).

5° Dans le cas de Wilmer, la vessie était considérablement distendue et l'on retira six pintes d'urine environ. La mort eut lieu par inflammation de la vessie et du ventre.

6° La malade de la seconde observation de Viricel, de Lyon, éprouvait dans les derniers temps de la vie une anxiété continuelle qui l'excitait à agiter sans cesse les cuisses et les jambes. Elle avait une fièvre continue avec des redoublements irréguliers accompagnés de délire. Enfin, dans les efforts d'expulsion, les membranes de l'amnios s'étaient rompues et une grande partie des eaux s'étaient écoulées. La malade succomba trente-six heures après les tentatives de réduction. L'auteur n'in-

dique pas le début de la maladie. A l'autopsie « le fond de la matrice pressait sur le périnée et se trouvait au niveau de l'ouverture anale. »

7° Chez la femme de l'observation Ire de Négrier, on refusa toute tentative de réduction. Deux jours après « elle tombait dans un délire fugace, son pouls devint irrégulier; elle succomba dans la soirée. » La maladie avait duré sous la direction du chirurgien depuis le 9 mai jusqu'au 17.

8° La malade d'Estor, de Montpellier, succomba au contraire à une péritonite après des tentatives infructueuses de réduction faites par Dugès et même après la réduction spontanée de la tumeur. Quand arriva Dugès « il était de toute impossibilité d'introduire la main dans le vagin pour agir sur le fond de la matrice, puisque le canal était tout à fait tiré en avant. » On attendit donc au lendemain : « mais dans la nuit de l'eau s'écoula par le vagin, et le 6 nous trouvâmes l'utérus spontanément redressé. » Il s'était écoulé douze jours de maladie avant l'arrivée de Dugès, la réduction spontanée eut lieu deux jours après. La mort survint une semaine après la réduction.

9° Il y avait altération extrême de l'appareil urinaire dans le fait de M. Reid (1837), et l'on fut obligé de renoncer à tous les essais de réduction ; on se borna donc à soutenir le fond de l'utérus, qui avait été un peu relevé, au moyen d'éponges et de linges qu'on introduisit dans le vagin, mais on les retira bientôt. Dès lors urines devenant de plus en plus sanguinolentes et plus tard fétides, toux sèche, peau chaude, pouls fréquent, grandes douleurs aux parties génitales. Cependant la malade rend les eaux de l'amnios sans être soulagée. Le lendemain hoquets, affaissement progressif, urines fétides contenant des lambeaux de membrane muqueuse, mort. « A l'autopsie, on trouva la vessie immensément distendue, et remplie de matières purulentes noires. La muqueuse était gangrenée en plusieurs points, etc. » Voici maintenant les dates des principales

époques de la maladie. La chute avait eu lieu le 16 février, la femme étant enceinte de 5 mois; 15 jours après elle ne rend ses urines que goutte à goutte; le 17e jour, cathétérisme et essais de réduction, le 20e on parvient à faire remonter sa matrice et les eaux de l'ammios s'écoulent. Mort le 28e jour.

10° Dans aucun cas les désordres causés par la rétroversion et par les efforts d'expulsion de la femme ne furent aussi graves que dans l'observation de Mayor dans laquelle on soupçonna des manœuvres coupables d'avortement. Mais sur le rapport de M. P. Dubois, tous les accoucheurs furent convaincus que les accidents provenaient du seul fait de la rétroversion. Qu'y a-t-il d'étrange, en effet, que l'utérus en rétroversion soit soumis aux mêmes effets que la tête du fœtus, lorsqu'il est parvenu dans l'excavation et quand il pèse sur le plancher périnéal? N'est-il pas engagé spontanément de plus en plus sous l'influence des efforts? Alors la portion de périnée située en arrière de l'anus se distend, puis l'anus s'entr'ouvre; nous en avons cité des exemples... Ajoutez encore des efforts nouveaux, et la saillie du périnée augmente; le bassin charnu bombe comme pour expulser une tête d'enfant; enfin à travers la paroi antérieure du rectum déchiré, à travers la paroi postérieure du vagin rompue, à travers le périnée lui-même, le fond de l'utérus est violemment projeté en avant au devant des pubis. Nous transcrivons les désordres anatomiques qui furent le résultat de cette expulsion : « Les parties extérieures de la génération légèrement entr'ouvertes laissèrent apercevoir à deux lignes de profondeur dans la direction de la fourchette une plaie frangée. Il existait dans la paroi périnéale du bassin au devant du sacrum une plaie transversale du péritoine, large de 9 pouces, qui était l'orifice supérieur d'un canal accidentel dont l'ouverture inférieure était constituée par une déchirure du vagin. » Cette déchirure est d'environ 5 pouces dans sa dilatation, et sa partie

moyenne occupait la cloison recto-vaginale déchirée. « Ce canal établissait donc entre la cavité abdominale et la paroi postérieure du vagin une large communication. En effet, en poussant le corps de la matrice dans l'ouverture supérieure, on la fit sortir sans effort par l'ouverture inférieure près de la fourchette. » Quant à l'utérus, il était de forme pyramidale, offrait 6 pouces de longueur sur 5 de largeur, était mou et flasque ; la poche amniotique était intacte et elle contenait un fœtus d'environ trois mois et demi. Dans cette observation, la marche des accidents avait été extrêmement rapide : l'accident avait eu lieu le 7 novembre; la tumeur apparut dès le soir à dix heures, comme nous l'avons dit. Dans la nuit, un accoucheur instruit avait opéré la réduction vers trois heures environ. La mort eut lieu à quatre heures et demie.

11° Nous lisons dans le compte-rendu sommaire du congrès des savants allemands, à Vienne (1856), que M. Grenser a donné la description d'un cas de rétroversion utérine qui se termina aussi par une déchirure des parties molles du plancher du bassin ; « le fond de l'organe déchira la portion postérieure du vagin et vint faire saillie au dehors de la vulve. »

12° Nous allons terminer ces signes et ces accidents de la dernière période de la rétroversion, par une observation de sphacèle partiel de la vessie relatée par M. Wittich, d'Eisenach, puis par des faits de rétroversion complétée par l'ouverture de la matrice dans le rectum et le vagin.

a. Voici le fait de sphacèle partiel de la vessie (1849.) :

La malade était âgée de vingt-huit ans, enceinte pour la troisième fois. Un effort, pour soulever un fardeau, avait produit la rétroversion. On essaya, mais en vain, la réduction, et l'on ne put que soulever le fond de l'utérus, et non lui faire passer la saillie de l'angle sacro-vertébral.

Le 3, ergot de seigle pour essayer, par l'avortement, de

diminuer le volume de l'organe ; le 5, essais de ponction à travers l'orifice sans résultat ; le 6, on allait faire la ponction de l'utérus quand on parvint, à l'aide du doigt introduit dans l'anus, à replacer la matrice « probablement raccourcie par le seigle et les irritations mécaniques. » Mais voici à quel prix ce résultat avait été obtenu : la vessie n'étant plus comprimée, laissa échapper d'abord une grande quantité d'urine floconneuse et fétide : le soir, on vit pendre hors de l'urètre une membrane grise, résistante qu'on reconnut être la membrane musculaire de la vessie, épaisse et boursouflée ; ses fibres musculaires étaient distinctes. » A onze heures, frissons et envies fréquentes d'uriner ; il sort par l'urètre avec une forte explosion une portion de membrane nouvelle avec une grande quantité d'urine fétide. A minuit, avortement. Or, ces portions de membranes étaient-elles ou non la partie la plus interne de la couche musculaire de la vessie, comme le pense l'auteur ? c'est ce qu'il nous est impossible d'affirmer. Nous nous bornons en conséquence à consigner la description sans avoir la prétention de la juger, mais non cependant sans émettre un doute à cet égard : « Examen de la membrane expulsée par l'urètre : elle avait la forme d'un sac qui, rempli d'eau, présentait exactement les dimensions d'une vessie de femme ; son épaisseur augmentait graduellement de haut en bas, c'est-à-dire qu'elle était la plus forte vers le col. Elle était composée d'une quantité innombrable de fibres musculaires plus ou moins épaisses, s'entre-croisant, les unes obliques, les autres circulaires ; celles-ci étaient surtout très-nombreuses et très-rapprochées vers le col. Il y en avait aussi de longitudinales allant du fond vers le col. Cette poche, comparée à une vessie saine, n'était composée que d'une couche de fibres musculaires, plus épaisses, il est vrai, qu'à l'état normal. Ajoutons que le cours de l'urine s'est rétabli plus tard, ce qu'on a expliqué en disant que la vessie s'est conservée en partie par les couches mus-

culaires externes et en partie par le tissu cellulaire et la séreuse condensés.

Quant à la marche et à la durée la maladie, on peut l'établir comme il suit : l'accident eut lieu (effort pour soulever un fardeau pesant) au commencement du mois d'août. La malade ne put dès lors rendre son urine que par gouttes et dans la position horizontale. M. Wittich la vit le 26, soit 20 jours après environ. Cathétérisme le 27. Tentative de réduction le 18, mais elle n'eut lieu que le 6 septembre, c'est-à-dire après le 30e jour.

b. C'est Merriman qui a réuni le plus grand nombre de faits tendant à démontrer la terminaison de la rétroversion utérine par l'ouverture de la tumeur non réduite dans l'intestin rectum ou dans le vagin ; mais comme Dewees l'a démontré, où est la preuve que ces faits n'appartiennent pas à ces cas si fréquents de grossesse extra-utérine où la tumeur fœtale s'est ouverte et vidée par le rectum ? D'un autre côté, n'est-il pas étrange, ainsi que le font remarquer Dugès et Boivin, que Merriman, en développant les observations qu'il emprunte à différents auteurs, ait porté sur elles un jugement autre que celui que ces écrivains avaient porté eux-mêmes? Il en résulte qu'il y a réellement doute à leur égard, et nous n'allons, quant à nous, relater que deux observations de ce genre, pour montrer la marche de la maladie dans ces conditions.

Voici la première de ces observations, citée par Merriman : Madame F..., étant enceinte de cinq mois, éprouva une frayeur soudaine et sentit comme si ses organes intérieurs étaient tournés sens dessus dessous ; mais les symptômes n'étaient pas aigus, et elle urinait dans le dernier mois, quoique avec difficulté. Puis vinrent des douleurs d'expulsion ; une énorme tumeur semi-globuleuse à la partie postérieure du vagin se dirigeait en bas vers le périnée. Les douleurs amenaient de la fièvre, du délire et des convulsions. Cinq jours après, on aperçut une substance

charnue, épaisse, qui descendait dans le vagin, et bientôt après l'utérus, dont on n'a jamais pu atteindre le col, rentra dans sa position naturelle. Ce corps se trouva être le crâne de l'enfant, avec ses os désarticulés, et le placenta. On retira le fœtus entier, et la mère se rétablit.

Quant à la seconde, elle est toute récente, et l'on jugera peut-être que si l'on doit en réalité la rapporter à la rétroversion, les efforts faits par les médecins pour réduire la matrice peuvent n'avoir pas été étrangers à la terminaison. Une femme, dit l'auteur, M. Guichard (1855), mère de famille, eut en mars, au début de sa grossesse, une rétroversion utérine; mais malgré des tentatives de réduction même au moyen du chloroforme et après des efforts considérables, la déviation persista. Dans la soirée même, il survint des vomissements avec ballonnement du ventre, douleurs excessives, sueurs froides, facies grippé, pouls petit, défaillant. Le danger était extrême, heureusement un traitement actif le conjura. Toutefois les accidents dus à la rétroversion continuèrent et une tumeur saillante occupait le côté gauche; il y avait sensation intolérable de pression sur l'anus et douleurs violentes. En avril, un travail d'expulsion semblait se préparer, mais il n'eut aucune suite. Puis, en juin, le développement du fœtus parut s'arrêter et la malade put reprendre ses occupations. Enfin, deux mois et demi après, cette femme sentit une pesanteur plus forte sur l'anus et rendit du pus et un petit os; au milieu de boutons hémorrhoïdaux à la marge de l'anus, M. Guichard trouva la moitié d'un coronal de fœtus de trois mois et demi à quatre mois et parvint à l'extraire; en touchant par l'anus, le doigt arriva à une ouverture placée à la partie antérieure de l'intestin et qui la faisait communiquer avec une cavité où l'on sentait la crépitation de petits os au milieu d'un magma de détritus; ultérieurement un humérus sortit et du pus fut évacué. Deux ans et demi après, la malade avait repris ses travaux et ses courses, et éprouvait seulement quel-

ques douleurs à l'époque des règles, mais elle était restée stérile.

Diagnostic différentiel de la rétroversion de l'utérus gravide avec les maladies qui peuvent la simuler.

On comprend qu'il ne peut entrer dans notre pensée, à propos du diagnostic différentiel de la rétroversion utérine pendant la grossesse, de la comparer avec toutes les maladies avec lesquelles on a pu la confondre dans la pratique. Qu'y a-t-il, en effet, de comparable, si ce n'est pour des médecins absolument inattentifs, entre une affection nerveuse et la rétroversion pendant la grossesse, entre la rétroversion et une hernie, entre la rétroversion et la fausse couche, entre la rétroversion et l'ascite seule, etc.

Nous devons en conséquence nous borner à établir ce diagnostic pour les affections qui peuvent présenter des difficultés réelles, et nous exposerons :

En premier lieu, le diagnostic avec les tumeurs fibreuses ou polypes intra-utérins, l'utérus étant sain ou en rétroversion ;

En second lieu, le diagnostic avec les tumeurs communes à l'excavation et à la cavité abdominale, ou spéciales à l'excavation seulement.

En troisième lieu, le diagnostic entre la grossesse simple compliquée de rétention d'urine, et la grossesse avec rétroversion ;

En quatrième lieu, le diagnostic entre la rétroversion pendant la grossesse normale et la rétroversion pendant une grossesse molaire ;

En cinquième lieu, le diagnostic entre la rétroversion pendant l'état de vacuité et la rétroversion dans l'état de gestation ;

En sixième lieu, le diagnostic différentiel avec les grossesses extra-utérines;

En septième lieu, le diagnostic avec l'hématocèle rétro-utérine;

En huitième lieu, le diagnostic avec la pelvi-péritonite ;

Eu neuvième lieu, le diagnostic avec la grossesse dans un utérus double.

1° *Diagnostic différentiel entre la rétroversion utérine pendant la grossesse et les tumeurs fibreuses intra-utérines dans une matrice saine ou rétroversée.*—Comme ce sont des femmes un peu âgées qui sont fréquemment affectées de rétroversion pendant la grossesse, il est difficile de se servir de l'indication de l'âge des malades, comme on peut en général le faire pour le diagnostic différentiel de la grossesse et des corps fibreux en dehors de la gestation. D'un autre côté, comme ces malades sont fréquemment affectées déjà d'hémorrhagies abondantes et répétées dues à ces tumeurs, il en résulte qu'il peut exister une certaine souplesse du corps et du col comme dans la grossesse réelle. Enfin, quand le col est accessible, on peut le trouver plus ou moins ouvert, comme cela a lieu chez une femme qui a déjà eu des enfants. Nous pensons en conséquence que le diagnostic différentiel est ici de la plus grande difficulté, et que le médecin doit immédiatement agir, s'il y a rétroversion de la matrice, quel que soit le doute qui règne dans son esprit au sujet du contenu de l'utérus. C'est ce que fit Desault dans un cas, et nous n'avons pas hésité à suivre cette pratique dans le fait observé par nous. Quoi qu'il en soit, nous signalons comme pouvant éclairer le diagnostic dans ces cas : 1° les hémorrhagies répétées ou la persistance des règles, en général plus abondantes; 2° la marche plus lente des accidents de la rétroversion due à la lenteur avec laquelle se développent les tumeurs fibreuses comparativement à l'utérus pendant la grossesse; 3° la dureté de la tumeur utérine sans fluc-

tuation apparente ; 4° l'état résistant du col comparé à la mollesse du même organe au 3e ou au 4e mois de la grossesse ; 5° l'absence du bruit de souffle, au moins pour le cas que nous avons observé ; 6° ajoutons qu'en interrogeant les malades on pourra quelquesfois savoir s'il existait ou non auparavant et depuis longtemps une tumeur dans le ventre ou dans le vagin.

D'un autre côté il peut y avoir d'assez nombreuses causes d'erreurs si le médecin n'y fait pas une grande attention, et surtout s'il y a à la fois tumeur intersticielle et grossesse. Les corps fibreux de la paroi postérieure abaissent la matrice et la font incliner sans autre effort en rétroversion ; un corps fibreux de la lèvre postérieure déplace l'orifice du col et le porte en haut, tandis que la partie principale de la tumeur fait saillie dans le vagin ; un corps fibreux siégeant dans la portion sus-vaginale ou dans le segment inférieur produira encore une erreur plus grande, etc. (Ingleby, Dugès, Boivin, Lachapelle, Danyau et Négrier, etc). Enfin on pourrait prendre les efforts d'expulsion produits par une tumeur de ce genre pour les efforts dus à une rétroversion (Ingleby). Mais les éléments de diagnostic que nous avons donnés plus haut suffisent encore pour éclairer le médecin, et il est inutile d'insister davantage.

2° *Diagnostic différentiel entre la rétroversion utérine pendant la grossesse et les tumeurs de l'excavation ou de la cavité abdominale.* — Il y a dans la science au moins quatre cas dans lesquels il y a eu erreur ou possibilité d'erreur de diagnostic au sujet de tumeurs de l'excavation pelvienne ou abdominale prises pour une matrice gravide en rétroversion.

Ramsbotham père en a rapporté un premier exemple intéressant, et dans ce fait deux célèbres accoucheurs crurent à l'existence de cette maladie en présence surtout des violents efforts faits par la malade. Après la mort, on trouva

deux tumeurs des ovaires en état d'hydropisie; l'ovaire gauche remplissait une large portion de la cavité abdominale, l'ovaire droit était maintenu en bas dans le pelvis par des adhérences, et entre eux était l'utérus couché horizontalement, son col relevé vers la symphyse du pubis. L'ovaire droit fut pris pour le corps et pour le fond de l'utérus en gestation, et il y avait véritablement une grande ressemblance avec lui à la pression. Ramsbotham seul en douta d'après l'état du col qu'on pouvait sentir et qui ne présentait pas les conditions de cet orifice dans la grossesse.

L'autre cas est relaté par Dugès et Boivin et appartient à Denman. Il s'agit d'une « tumeur développée entre le vagin et le rectum remplissant la cavité pelvienne. La situation de l'ovaire droit malade ne s'offrit pas plutôt à sa vue qu'il jugea qu'il avait produit le même effet que l'utérus replié en rétroversion. L'analogie entre les symptômes de la rétroversion de la matrice et les effets produits par cette maladie de l'ovaire était trop évidente pour échapper à l'observation, etc. »

Il y eut erreur véritable dans le troisième cas observé par Boivin, Dubois et Béclard : Une femme était affectée de constipation opiniâtre, de strangurie complète et plus récemment de vomissements de matières verdâtres. La fosse iliaque gauche était douloureusement tuméfiée. Au toucher, on sentait une tumeur énorme remplissant toute la cavité du bassin; le vagin était si fortement repoussé d'arrière en avant qu'il devenait impossible de glisser le doigt derrière le pubis. La malade ne rejetant pas la possibilité d'une grossesse, on crut à une rétroversion, et l'on fit, mais inutilement, des tentatives de réduction. Quelques jours plus tard, nouveaux efforts avec le levier; la réduction ne fut pas davantage obtenue. Enfin spontanément la malade guérit avec des douches ascendantes qui débarrassèrent le rectum. Or quelle était cette tumeur? c'est ce que l'on ne put savoir ensuite. Toujours est-il qu'elle n'était pas formée par

l'utérus, étant dure, rénitente, indolente et lisse, il est vrai, comme la matrice gravide, mais sans apparence de fluctuation et de ballottement.

Enfin Dugès et Boivin considèrent comme n'étant pas un cas de rétroversion le fait de Jourel où l'on ponctionna par le vagin un prétendu utérus en gestation. Ce qui démontre suivant eux l'erreur dans ce cas, c'est que six semaines après les règles se rétablirent, et qu'on ne vit aucun débris d'embryon ou de ses enveloppes expulsé au dehors. Or cette circonstance ne serait-elle pas miraculeuse, et peut-on admettre que le fœtus ait pu se dissoudre?

Mais sur quels signes peut-on se guider pour ne pas commettre aujourd'hui des erreurs analogues, c'est ce que nous allons essayer de tracer en quelques mots : 1° La rétention d'urine manque rarement dans la rétroversion complète pendant la grossesse; c'est donc elle qui doit d'abord fixer l'attention, et les caractères de la distension de la vessie formant tumeur au milieu du ventre, s'étant développée rapidement en quelques heures, ne peuvent pas déjà permettre la confusion avec une hydropisie ovarique abdominale. 2° Dans la rétroversion, le doigt est empêché de se porter en arrière sur le sacrum et dans le cul-de-sac postérieur du vagin, mais il est rare qu'il ne puisse pas arriver derrière les pubis ; et l'on remarquera que cette circonstance n'a pas été notée dans l'observation de madame Boivin, où l'on constata, au contraire, qu'il était impossible d'y porter le doigt. 3° Pour le diagnostic de toutes les tumeurs pelviennes, il ne faut jamais omettre de circonscrire d'abord nettement la position occupée par la matrice ; or pour la reconnaître, il faut commencer par chercher son col. 4° Une fois le col rencontré, et ce n'est que par exception, même dans la rétroversion, qu'il est signalé comme n'ayant pu être atteint, il faut le suivre point à point jusqu'à ce qu'on rencontre le corps. 5° Dans l'hydropisie ovarique, dans les tumeurs pel-

viennes, il y a plus ou moins indépendance de l'utérus avec les organes environnants qui sont malades. 6° Dans la rétroversion, tumeur et col se continuent avec ou sans flexion, et le toucher rectal complète encore la démonstration.

Nous ne parlons pas de la rétroversion utérine pendant la grossesse produite par une tumeur ovarique abdominale; on trouvera en effet avec les signes de la tumeur utérine les caractères d'une tumeur abdominale accompagnant la tumeur formée par la vessie, mais nous ne connaissons pas d'exemples de ce genre, et dans ces cas, il est probable que l'avortement mettrait fin de bonne heure à la grossesse.

3° *Diagnostic différentiel entre la grossesse simple avec rétention d'urine et la grossesse avec rétroversion.* — Pour établir ce diagnostic, il suffit d'avoir bien présent à l'esprit les signes caractéristiques constituant la rétroversion; nous les rappellerons sommairement; ce sont : 1° tumeur volumineuse obstruant l'excavation; 2° soulèvement de la paroi postérieure du vagin par cette tumeur; 3° plis à cette surface du vagin, rides, bourrelet muqueux plus ou moins considérable; 4° au contraire, tension, absence de plis, attraction en haut vers les pubis de la paroi vaginale antérieure; 5° attraction dans le même sens du méat urinaire et du canal de l'urètre; 6° exceptionnellement, tumeur en avant, fluctuante, molle, formée par la vessie et vidant l'urine par la pression sur cette partie antérieure du vagin; 7° tumeur saillante dans le rectum à quelques centimètres seulement de l'ouverture anale; 8° enfin, continuité évidente de la tumeur rectale avec la tumeur saillante dans le vagin, et avec le col plus ou moins fléchi en avant au-dessous, au niveau et au-dessus des pubis.

Or, dans la grossesse avec rétention d'urine on ne rencontre aucun des caractères précédents. Dans un cas cependant, à la maternité, l'interne crut à une rétention d'u-

rine simple sans grossesse ; toutefois le diagnostic ne tarda pas à être complétement établi par un toucher plus attentif.

4° *Diagnostic différentiel entre la rétroversion pendant la grossesse normale et la rétroversion dans les cas de grossesse molaire.* — Nous avons eu une fois à établir ce diagnostic différentiel avec la variété de grossesse molaire la plus ordinaire, la variété hydatiforme. La femme mourut pendant l'expulsion de sa môle vésiculeuse. 1° L'existence de la rétroversion était démontrée par les caractères que nous venons de rapporter tout à l'heure. 2° Comme il n'y avait pas de rétention d'urine et par conséquent de distension de la vessie, il était facile de la vérifier par le palper qui faisait atteindre aisément la portion antérieure de l'utérus abaissée. 3° Toute la partie postérieure de l'utérus, accessible facilement au toucher, était molle, pâteuse, sans fluctuation. 4° Cette mollesse et cet état pâteux du globe utérin lui permettaient de se mouler exactement sur le contour de l'excavation. 5° Enfin les accidents ne furent pas pressants comme ils le sont dans la rétroversion avec la grossesse normale, et la malade put atteindre sans grand encombre son sixième mois, époque à laquelle elle succomba au milieu des efforts d'expulsion de la môle avec hémorrhagie.

5° *Diagnostic différentiel entre la rétroversion pendant l'état de vacuité et la rétroversion pendant la grossesse.* — Cette question de la rétroversion dans l'état de vacuité pourrait nous entraîner fort loin, surtout relativement à sa fréquence, si nous n'avions l'intention bien arrêtée de la restreindre à son diagnostic différentiel avec le même accident dans l'état de gestation. On fondra sur les points suivants les éléments de ce diagnostic. 1° La matrice en vacuité n'a jamais le volume d'une matrice en gestation à moins d'altérations organiques variables qui offrent des caractères spéciaux. 2° La rétention d'urine n'a pas dans la rétroversion dans l'état de vacuité, l'importance qu'elle offre pendant la grossesse, et si cette rétention n'a pas lieu, un

élément de diagnostic existe en plus, c'est la possibilité de mesurer le volume de l'utérus entre la main qui pratiquera le palper et celle qui pratiquera le toucher. 3° Enfin un point pourra presque toujours lever les difficultés s'il s'en présentait, ce sera la manière dont les règles viennent habituellement ou sont venues, etc.

Remarquons d'ailleurs que cette erreur de diagnostic ne saurait avoir aucune importance pour la malade.

6° *Diagnostic différentiel de la rétroversion pendant la grossesse avec la grossesse extra-utérine.* — Burns a le plus insisté sur l'analogie de la grossesse extra-utérine avec la rétroversion de la matrice gravide. Avant lui, Merriman avait attribué à cette maladie certains accidents qu'on a signalés dans la grossesse extra-utérine, tels que inflammation de la tumeur et ouverture dans le rectum et dans le vagin ; mais, dit Burns, « pour le moment il n'y a point de certitude. »

Après Merriman, Devees (1823) a repoussé ces opinions d'une manière absolue et a nié avec raison que la grossesse puisse se prolonger jusqu'au 9e mois dans un utérus en rétroversion. Suivant Dezeimeris, non-seulement ce cas existe, ce que les faits rapportés dans cette thèse ne permettent guère de croire, mais la méprise est possible, et cela eut lieu dans une observation d'opération césarienne faite par Lauverjat et publiée par Sabatier. Néanmoins, il y a rarement très-grande difficulté de diagnostic, et ce n'est que dans les cas où la poche extra-utérine descend entre le rectum et le vagin, ou entre l'utérus et la vessie. Voici un des cas les plus difficiles de ce genre; il a été rapporté par Nauche (*Maladies des femmes*), et Capuron l'a ensuite rappelé dans son rapport à l'Académie à propos de la communication de M. Gérard, de Gray. C'était chez une dame qui fut vue par Dubois, Dupuytren, Capuron, Lisfranc, Maygrier, Londe, et tous crurent à la rétroversion, Capuron surtout qui « crut la

reconnaître, dit-il, fort distinctement. » On sentait dans le vagin et dans la cavité du bassin une tumeur volumineuse, arrondie et molle où l'on percevait le ballottement d'un corps qu'on ne pouvait prendre que pour un fœtus. Le col de l'utérus était relevé très-haut vers la symphyse du pubis et presque inaccessible ; il avait la forme d'un petit entonnoir où l'on pouvait introduire l'extrémité de la dernière phalange. On essaya la réduction, puis la ponction, enfin on abandonna la femme et elle mourut. A l'autopsie on trouva l'utérus vide ; il existait à l'entrée du bassin, un peu au-dessus de la saillie sacro-vertébrale, un kyste extra-utérin, et le fœtus était sorti de ce kyste qui communiquait avec le colon pour s'acheminer le long du rectum dans le fondement. Ajoutons : 1° que dans la grossesse extra-utérine, il peut y avoir rétention d'urine comme dans la rétroversion (obs. de Harriet) ; 2° que dans le fait de M. Whitt l'autopsie seule put confirmer l'existence d'une grossesse extra-utérine ; 3° que dans l'observation de Caumell on sentait comme dans la rétroversion l'orifice utérin dirigé en haut et en avant ; 4° qu'une femme dont parle Santorini ne pouvait uriner, encore comme dans la rétroversion, qu'en se mettant à genoux et en tenant le haut du corps penché en avant ; 5° Enfin, Kelson constata dans une grossesse extra-utérine la rétention des urines et des selles jusqu'à la 10e semaine, et l'on crut à une rétroversion : mais ces accidents disparurent quand la tête s'éleva au-dessus du détroit abdominal, et l'enfant fut plus tard expulsé par l'anus.

Maintenant, après l'indication de ces faits, devons-nous tracer le diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine et de la rétroversion ? Nous pensons qu'on peut l'essayer cependant : 1° Il faut remonter d'abord à la cause qui a produit la rétroversion, elle est subite, brusque, dans l'immense majorité des cas. 2° L'accident est aigu pour ainsi dire dans la rétroversion ; il est en quelque sorte

chronique dans la grossesse extra-utérine, à moins de rupture du kyste dans les efforts d'expulsion, cas où d'autres signes éclairent alors le médecin. 3° La rétention d'urine au degré qu'elle acquiert dans la rétroversion est rare dans la grossesse extra-utérine. 4° Le déplacement de l'utérus en rétroversion a lieu suivant le diamètre antéro-postérieur de l'excavation, et le col est directement en avant vers les pubis ; dans la grossesse extra-utérine le col doit suivre le déplacement total de l'utérus, et ce déplacement varie suivant le siége du kyste fœtal extra-utérin. 5° Il faut se défier de ces tumeurs fœtales, si minces à 3 mois et demi ou au 4e mois qu'elles permettent de sentir le ballottement ou les parties du fœtus, car nous n'avons signalé ces phénomènes du côté de l'enfant que dans deux observations seulement (observation de Négrier au 6e mois, observation de Billi au 8e mois).

7° *Diagnostic différentiel entre la rétroversion utérine pendant la grossesse et l'hématocèle rétro-utérine.* — Nous ne connaissons qu'une observation dans laquelle une hématocèle péri-utérine ait été prise pour une grossesse avec rétroversion. Nous l'empruntons à la thèse de M. Voisin (1858), et le fait a été publié en 1857 par Mikschik (Leipsick). La malade entra à l'hôpital pour une suppression de règles datant de deux mois. Trois semaines avant, tension du ventre et coliques atroces ; à son entrée, les excrétions des urines et des fèces sont très-pénibles ; la malade est obligée de garder le lit et l'on emploie la sonde et les lavements. Mais quand la vessie est vidée, on sent derrière elle une tumeur lisse, ronde, sensible, immobile et difficile à limiter. Elle s'élève jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et semble s'étendre vers la vulve et le rectum. On sent par le toucher vaginal une demi-sphère fluctuante ; le col est à 2 pouces au-dessus du pubis : on peut difficilement l'atteindre. Dans les douleurs très-fortes, on croit pouvoir sentir des contractions

peu intenses dans la tumeur vaginale. Le diagnostic fut « rétroversion d'un utérus gravide au 5e mois. » Constipation de plus en plus opiniâtre, douleurs atroces, vomissements. On ponctionna la tumeur, il s'écoula à plein jet 2 litres et demi de sang. Tous les symptômes d'étranglement cessèrent, mais deux jours après, il se développa une péritonite intense qui emporta la malade. A l'autopsie, l'utérus était dilaté, mais sans fœtus; il existait entre la matrice et le rectum un énorme sac contenant une livre de sang. N'est-il pas possible que l'erreur eût été évitée en tenant compte des points suivants : 1° Les accidents produits par l'hématocèle sont à la fois ceux d'une hémorrhagie considérable et ceux d'une péritonite par perforation : tels sont frissons, chaleur, petitesse et fréquence du pouls, agitation et anxiété, décoloration rapide de la peau et coloration jaune mat ou jaune paille des cancéreux (Nélaton); les phénomènes généraux sont à peu près nuls au début de la rétroversion. 2° Le corps de l'utérus gravide en rétroversion n'atteint jamais la hauteur à laquelle on crut le rencontrer dans l'observation précédente. 3° Quant au col, il est fréquent de le rencontrer au-dessus du pubis, repoussé qu'il est par la tumeur hématique; sur vingt-neuf cas, vingt-trois fois il était porté en avant (Voisin), mais en le suivant point par point comme nous l'avons indiqué jusqu'à la tumeur utérine rétroversée, on remarquera dans l'hématocèle, d'abord indépendance de la tumeur, puis différence de sensation fournie par le toucher. 4° L'examen au spéculum aurait ici en outre une grande valeur ; si cet examen est possible, ce qui doit être rare dans la rétroversion, il est probable que celle-ci n'a pas lieu : en outre, s'il est possible, on trouvera quelquefois la coloration violacée spéciale du fond du vagin soulevé par la tumeur, coloration indiquée par M. Huguier et par M. Nonat. Quant aux ressemblances de l'hématocèle avec la rétroversion, elles sont très-grandes; et il y a, dans les deux cas, début

brusque, marche rapide, production chez des femmes vers l'âge de 30 ans, pesanteur anale, ténesme comme pour expulser un corps étranger, quelquefois même de véritables douleurs d'accouchement, etc.

8° *Diagnostic différentiel entre la rétroversion utérine pendant la grossesse et la pelvi-péritonite.* — 1° La tumeur, disent MM. Bernutz et Goupil, est dure d'abord et assez peu épaisse ; la tumeur pelvienne dans la rétroversion est d'emblée ce qu'elle sera dans la suite. 2° Dans la pelvi-péritonite la tumeur est profondément placée dans le bassin et n'est accessible qu'au toucher ; il est de même de l'utérus en rétroversion. 3° La tumeur de la pelvi-péritonite est comme moulée sur la forme du cul-de-sac vaginal, et elle enveloppe l'utérus qu'elle déplace tantôt en masse, à droite ou à gauche, tantôt partiellement dans le même sens, etc. ; dans la rétroversion le déplacement est assez rarement partiel (flexion), et il n'a lieu que dans le sens antéro-postérieur, au milieu même de l'excavation. 4° La pelvi-péritonite ressemble à la rétroversion en ce que la tumeur ne dépasse guère l'excavation pelvienne, mais elle n'est jamais aussi abaissée dans le vagin et vers la vulve que dans la rétroversion, etc. 5° Enfin la rétention d'urine, quand elle existe, n'a pas dans la pelvi-péritonite la physionomie qu'elle présente dans la rétroversion, etc.

9° *Diagnostic différentiel entre la rétroversion dans la grossesse et la grossesse dans un utérus double.* — Nous indiquons ce diagnostic, seulement parce que la question a été posée dans un cas de grossesse dans un utérus double avec col unique ; mais en réalité aucun des accidents de la rétroversion n'eut lieu ; nous ne pouvons toutefois développer ce point plus longuement parce que nous le trouvons signalé dans des notes déjà anciennes sans autres détails et sans nom d'auteur.

Pronostic, durée et terminaison de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Après les détails qui précèdent, il paraîtra superflu peut-être que nous revenions sur la terminaison, sur la durée et sur le pronostic de la rétroversion pendant la grossesse, sur la terminaison surtout. Aussi ne voulons-nous que résumer sommairement dans cet article ce que nous avons développé ailleurs dans le but de le présenter d'une manière plus concise d'abord, ensuite pour le faire servir d'introduction pour ainsi dire aux indications du traitement.

1° La rétroversion utérine pendant la grossesse, même sous la forme la plus légère (début de la forme lente) mérite toujours de fixer au plus haut point l'attention des médecins. Cela revient à dire qu'il faut porter rapidement remède pendant la grossesse à une rétention d'urine, même légère, et à toute constipation opiniâtre de quelque durée, puisqu'elles sont une des causes ordinaires d'une inclinaison en arrière; s'opposer aux déplacements utérins dans l'état de vacuité et au prolapsus dans les premiers mois, puisqu'ils entretiennent et indiquent la laxité des ligaments de la matrice qne la gestation exagérera encore; empêcher les exercices un peu violents, puisqu'ils peuvent être une cause occasionnelle de déviation totale ; enfin bannir toutes les pressions artificielles faites de haut en bas sur les parois abdominales, puisqu'elles tendent à refouler les organes du ventre dans l'excavation pelvienne.

2° Un accident subit, souvent de peu d'importance, transforme aisément ce premier degré en une rétroversion accidentelle, et alors elle peut acquérir rapidement une grande gravité.

3° La rétroversion à forme subite est d'autant plus grave que la grossesse est plus avancée. Cela tient à ce

qu'il faut un effort beaucoup plus considérable pour engager l'utérus sous l'angle sacro-vertébral à 4 mois qu'à 3 mois, époque à laquelle il le dépasse à peine, ou à 2 mois, terme pendant lequel il est normalement situé au-dessous.

4° En dehors des dangers qu'elle produit à sa suite et dont nous allons reparler, la rétroversion en entraîne quelquefois dans les grossesses suivantes ; cela est rare toutefois et, dans cette thèse, nous avons à peine rapporté six à sept cas où il y ait eu récidive de la rétroversion dans des grossesses ultérieures.

5° La rétroversion est ainsi une maladie du temps présent, un véritable accident, ordinairement subit, à marche véritablement aiguë.

6° En dehors de la cause fortuite ou lente qui l'a produite et de l'époque de la grossesse où elle survient, le plus ou moins de gravité de la rétroversion est en rapport surtout avec l'importance qu'acquiert un phénomène principal de cette maladie, la rétention d'urine.

7° La rétention d'urine n'a pas seulement pour effet d'augmenter la gravité de la maladie par elle-même et par les désordres qui résultent d'une distension considérable de la vessie, elle a encore pour résultat de compléter la rétroversion quand elle se produit lentement, de l'exagérer de plus en plus par la pression de la vessie sur le fond et sur la face antérieure de la matrice déviée, et, plus tard, de l'amener à son degré le plus grave, renversement du fond au niveau de l'anus, vers le périnée et la vulve, par les efforts sans résultat que font souvent les femmes pour vider l'urine contenue dans la vessie.

8° La durée de la maladie est aussi en rapport avec la manière dont a lieu cette rétention. Si elle est complète, les accidents deviennent manifestement pressants (7 à 8 jours) ; si elle est incomplète, la maladie peut se continuer sans produire d'accidents graves (12, 20, 25 jours).

On l'explique aisément par cette considération que l'utérus ne subissant que lentement son développement naturel, ne peut être par lui-même une cause de l'aggravation rapide. Il n'y aurait d'exception à cette règle que s'il y avait hydropisie active de l'amnios : or, il n'est fait mention dans les auteurs d'aucun cas de rétroversion ayant produit l'hydropisie amniotique des premiers mois, ou d'hydropisie amniotique ayant amené la rétroversion.

9° La rétention des matières fécales au-dessus de la matrice rétroversée dans l'S iliaque, ou au-dessous d'elle dans le rectum, a en général beaucoup moins de gravité ; toutefois, elle tend à augmenter sensiblement la rétroversion dans la forme lente, mais elle ne l'exagère que d'une manière en quelque sorte chronique. Dans la forme subite, l'accumulation des matières stercorales a moins d'importance, et elle se produit avec trop peu de rapidité pour avoir une grande importance sur une maladie à marche aiguë. N'oublions pas de mentionner cependant qu'elle a été quelquefois un obstacle à la réduction du déplacement (Van Hengel).

10° Les efforts que font les femmes pour se débarrasser du corps étranger représenté par la matrice, qui pèse sur le fondement et sur les muscles du périnée, ont une haute importance. Ces efforts sont absolument de même nature que les efforts expulsifs dans la seconde période de l'accouchement ; ils sont aussi actifs, aussi puissants, et ils persistent tant que le corps étranger lui-même n'est pas enlevé. A ce titre donc, la présence de ce corps étranger, qui ne peut être aisément déplacé, constitue encore un fait plus grave que la rétention d'urine ; mais ceci n'a généralement lieu que quand la matrice est renversée au dernier degré. Nous avons rapporté le fait de Mayor, où ce fut la cause d'une terminaison extrêmement rapide par la mort.

11° La durée et les modes de terminaison de la maladie

varient donc en raison de l'importance des accidents susdénommés, et l'on ne peut, au point de vue de la durée, assigner à la maladie un terme ou une marche déterminées.

12° Le déplacement est peu fâcheux quand il est récent (Désormeaux, P. Dubois), et la réduction est facile. La durée est en rapport avec le terme de la grossesse, et suivant que l'utérus, en se développant, s'engagera plus ou moins rapidement dans l'axe du détroit abdominal. La terminaison a ainsi lieu naturellement par la guérison sans avortement.

13° Le déplacement est plus fâcheux quand il est un peu plus ancien, quoique incomplet. La rétention d'urine est alors l'accident qui a la plus grande importance, et il en résulte fréquemment, après la réduction, une incontinence d'urine qui se prolonge quelquefois longtemps après la guérison.

14° Quand le déplacement est complet, il y a à craindre : en premier lieu l'avortement, mais il serait un bien si la maladie était malheureusement méconnue ; en second lieu l'inflammation du péritoine ; en troisième lieu une rupture ou une gangrène de la vessie ; en quatrième lieu la rupture de l'utérus ou sa destruction partielle par gangrène, et son ouverture dans l'intestin rectum ou dans le vagin.

15° L'avortement est la plus fréquente de ces terminaisons, et l'on a signalé quelquefois une rétroversion irréductible dans ces cas. Moreau dit : « Cette cause d'avortement, que je n'ai vue mentionnée nulle part, est assez fréquente ; nous l'avons observée plusieurs fois, » et dernièrement nous avons donné, ajoute-t-il, des soins à une dame qui en un an a fait deux avortements dus probablement à cette cause, avant trois mois de grossesse. Les faits que nous avons rapportés indiquent au contraire heureusement le peu de fréquence des autres terminaisons ; néanmoins il faut s'en préoccuper en songeant au petit nombre d'observations qu'on rencontre dans la pratique. Nous pen-

sons, en effet, que s'il faut prémunir le praticien contre les dangers de la rétroversion, il ne faut pas l'effrayer outre mesure : « L'exemple rapporté par Hunter ne me sortait pas de la pensée ; chaque fois qu'on m'envoyait appeler, hors les heures de mes visites, je me persuadais qu'il s'était manifesté quelque nouvel accident, etc. » (Champion, de Bar-le-Duc.)

16° La mort est le résultat des ruptures brusques ou par gangrène de la vessie ; la guérison peut avoir lieu après une gangrène superficielle. La mort a lieu ordinairement à la suite de l'inflammation du péritoine ; il peut y avoir guérison s'il y a péritonite partielle. Alors des adhérences peuvent se produire entre l'utérus et les organes environnants et être cause de rétroversion nouvelle dans des grossesses successives (Amussat), ou de rétroversion dans l'état de vacuité (Moreau). La mort n'a pas nécessairement lieu dans les cas de rupture ou de destruction de la matrice, et dans ces cas on voit se renouveler les accidents qui surviennent dans quelques grossesses extra-utérines, tels que formation d'abcès kystiques fœtaux, ouverture de ces abcès dans le rectum, ou au pourtour de l'anus ou dans le vagin, avec expulsion successive des débris de l'enfant, etc.

Du traitement de la rétroversion utérine pendant la grossesse et des soins consécutifs qu'il réclame.

Le traitement de la rétroversion de l'utérus est extrêmement complexe. Cela tient à la nature complexe des accidents de la maladie, et le traitement consiste ici à combattre ces accidents l'un après l'autre ou l'un avec l'autre. Nous allons commencer par poser nettement les indications à remplir, nous décrirons ensuite les moyens à mettre en usage pour arriver à ce résultat.

De l'avis de tous les chirurgiens et de tous les accoucheurs, il faut, dans la rétroversion utérine, s'il y a distension

de la vessie, et c'est le cas ordinaire, commencer par vider cet organe de l'urine qu'il contient. Cette indication a, disent-ils, pour but : 1° d'enlever un obstacle qui s'opposera à la réduction ; 2° de diminuer la souffrance des malades ; 3° d'empêcher des efforts d'expulsion qui exagèrent le mal et qui gêneront en outre dans la manœuvre de réduction ; 4° de servir quelquefois toute seule de remède à la maladie, car il est arrivé qu'après l'évacuation successive de l'urine la réduction se soit opérée d'elle-même. Néanmoins quelques personnes ont quelquefois pratiqué la réduction avec succès sans faire préalablement cette évacuation ; mais il ne faudrait pas les imiter, car il y a danger, et d'autres fois on fut obligé de recourir à ce moyen après des premiers essais infructueux (observation de Martin jeune, de Négrier, etc.).

La seconde indication est de faciliter l'expulsion des matières stercorales ; nous insisterons peu sur ce point.

La troisième indication est la réduction de la tumeur utérine ; on a vanté plusieurs procédés : Nous décrirons d'abord les méthodes anciennes, réduction au moyen des doigts ou dans le vagin dans le rectum. Nous signalerons ensuite les méthodes de réduction au moyen de la main, lesquelles comprendront la réduction avec la main dans le rectum, la réduction avec la main dans le vagin, la réduction au moyen du poing fermé. En troisième viendront les procédés de réduction au moyen des instruments, baguette, levier, etc. Nous indiquerons en quatrième lieu, mais sans les développer longuement, les procédés de ponction de la matrice par le vagin ou par le rectum, l'avortement provoqué, la gastrotomie, etc.

Nous terminerons par la quatrième indication, laquelle consiste à empêcher le retour de la rétroversion et à conduire la grossesse à son terme.

1° *Procédés d'évacuation de l'urine de la vessie chez les femmes affectées de rétroversion utérine pendant la grossesse.*

— L'indication d'évacuer l'urine contenue dans la vessie pour faciliter la réduction est très-clairement mentionnée dans Aetius et dans Roderic a Castro qui emprunte sa citation à ce dernier. « *Urina etiam moveatur, non quidem diureticis, sed mictione sæpiuscule sponte tentata, quippe, vacuo intestino ac vesica, uterus qui inter hasce partes naturalem situm obtinet, melius in suo loco continetur.* » Ce fut aussi cette première indication que remplit le médecin appelé près de la malade observée par Reinick, mais ce fut sans résultat. Walter Wall fut plus heureux et amena par la sonde trois pintes d'urine environ. Mais depuis ces premières observations, quoique les praticiens eussent eu constamment pour but de vider la vessie d'abord, il s'en faut beaucoup que leurs efforts aient été toujours couronnés de succès. Dans l'observation V de Martin, « on essaya plusieurs fois d'introduire la sonde de femme, mais on ne put y parvenir à cause de l'espèce de coude imprimé au canal de l'urètre ; » il ne put réussir qu'avec une sonde d'homme. Il employa aussi la sonde d'homme chez la malade dans l'observation VI de son mémoire. M. Godefroy, de Rennes, « pour soulager au plus tôt la pauvre malade, voulut évacuer l'urine avec une sonde de femme, mais quoiqu'elle fût passablement recourbée, il lui fut impossible de pénétrer dans la vessie. » Dans d'autres circonstances, le cathétérisme fut impossible. Dans l'observation Ire de Viricel, « il espérait qu'après l'évacuation de l'urine, il parviendrait à s'assurer de la position du col de l'utérus dont il avait reconnu la rétroversion; mais toutes ses recherches furent inutiles, et l'état de fatigue de la malade l'engagea à renvoyer au lendemain l'emploi des moyens, etc. » On ne parait pas avoir mieux réussi dans l'observation II du même auteur.

Dans un cas d'Ingleby, le cathétérisme fut rendu difficile parce que le canal de l'urètre, entraîné par le col, avait subi une sorte de torsion.

Comment donc obtenir facilement l'évacuation d'urine? c'est ce que nous allons exposer maintenant sous la forme de préceptes :

a. Position de la femme ; recherche du méat urinaire. — 1° Placer la femme dans la position la meilleure pour pratiquer le cathétérisme *de visu*, c'est-à-dire sur le bord d'un lit, le siége très-élevé, les cuisses et les jambes convenablement fléchies et appuyées comme pour l'opération du spéculum.

2° Chercher des yeux le canal de l'urètre en écartant largement les petites et les grandes lèvres avec les doigts. Quand on ne l'aperçoit pas, s'aider du doigt indicateur de la main gauche, le porter dans le vagin le plus haut possible sous les pubis, puis le ramener à soi en dirigeant la face palmaire en haut de façon à attirer en avant la plus grande portion possible des parties correspondant au canal de l'urètre et au méat urinaire.

3° Ne pas prendre pour cet orifice l'un des grands orifices folliculaires qu'on remarque au vestibule. Chez une femme qui a déjà eu des enfants, comme le sont ordinairement les femmes affectées de rétroversion, le canal de l'urètre est très-large et a en général la forme d'une fente antéro-postérieure très-étendue.

4° Quand le méat urinaire ne peut être aperçu, coucher la femme sur le côté, comme le commandent les Anglais, et recommencer la manœuvre comme il vient d'être dit ci-dessus.

5° Si le méat urinaire ne peut être aperçu encore, pratiquer le cathétérisme en guidant la sonde sur le doigt indicateur ; mais dans ce cas comme les parois du vagin sont tendues et amincies, porter le bec de la sonde immédiatement au-dessus du doigt sur le milieu de la paroi antérieure du vagin.

6° Ajoutons qu'on pourrait être aidé dans cette opération en faisant suinter de l'urine par le canal de l'urètre,

soit par une pression légère sur le ventre, soit en déplaçant avec le doigt le col utérin, soit en basculant un peu le fond de l'utérus, et se souvenir que, par ces moyens, des accoucheurs ont pu momentanément vider la vessie sans recourir à la sonde.

b. Choix de la sonde. — Quand le méat urinaire est à la vue, il est facile d'introduire la sonde dans le canal de l'urètre ; mais, dans la rétroversion utérine, souvent l'introduction est arrêtée par un obstacle dû au col utérin, ou parce que la sonde de femme a pénétré tout entière sans amener d'urine, ou parce qu'il est impossible de guider l'instrument dans le canal de l'urètre aplati.

Voici les moyens qui ont été recommandés pour remédier à ces inconvénients :

1° Dans la rétroversion utérine, ne tenter jamais le cathétérisme avec la sonde de femme des trousses ordinaires. Cette sonde est trop courte pour un canal de l'urètre très-allongé, et surtout pour un canal qui est formé du canal de l'urètre augmenté de plus ou moins de longueur du fond de la vessie. Cette sonde de femme ne présente pas en outre une courbure suffisante pour s'engager derrière les pubis à moins d'abaisser son pavillon directement en bas, mais surtout pour atteindre la vessie distendue, laquelle est placée au-dessus des pubis et en avant.

2° Les sondes d'homme sont celles avec lesquelles, dans toutes les observations de cathétérisme difficile, on est arrivé le plus facilement au résultat désiré.

3° Les sondes plates indiquées par Levret, les sondes qu'il a fait fabriquer à l'imitation de J.-L. Petit, et qui au au lieu de présenter deux ouvertures latérales en offrent une seule que ferme un mandrin boutonné, ne sont pas préférables aux sondes d'homme ordinaires (Desault).

4° Néanmoins, les sondes molles en gomme, avec un mandrin, nous paraissent convenir le mieux pour les opérations de cathétérisme dont nous parlons. M. Depaul les

préfère, avec raison, pour le cathétérisme pendant la grossesse. Avec les sondes molles, on évitera les fausses routes; or, dans un cas de rétroversion rapporté par Baynham, la sonde avait perforé l'urètre, le vagin, et pénétré dans l'orifice de la matrice; la femme mourut (1).

5° Quant à nous, nous compléterions la manœuvre comme il suit : dans les cas où la sonde ne pourrait pénétrer dans la vessie, nous placerions la femme sur le côté (Ramsbotham); nous ferions usage d'une sonde de gomme à mandrin; le mandrin serait retiré au moment où l'obstacle serait atteint; puis, pour ouvrir le passage de la sonde, nous ferions brusquement, dans celle-ci, un jet d'eau tiède en douche avec un irrigateur, et à ce moment nous ferions suivre la sonde au moyen d'une légère impulsion, comme nous l'avons observé souvent dans d'autres cas.

6° Rappelons qu'on pourra fréquemment faciliter le passage de la sonde en soulevant le col, en basculant le fond de l'utérus, en faisant prendre à la femme la position dans laquelle elle urine le mieux, en opérant en tournant la sonde et non en l'enfonçant, etc. (Desault.)

c. *Particularités de l'opération du cathétérisme.* — Ne pas enlever la sonde après avoir retiré seulement une partie de l'urine. Dans une des observations, que nous avons rapportée, le cathétérisme ne vida que la poche inférieure, et il fallut une opération nouvelle pour compléter l'évacuation.

d. *Ponction de la vessie.* Ici se placerait la ponction de la vessie; mais nous ne pouvons que difficilement admettre comme utile cette ponction indiquée par Sabatier comme

---

(1) On supposait, dit l'auteur, que la sonde entrait librement, mais elle n'avait pas pénétré dans la vessie, et elle n'avait évacué les urines qu'une seule fois. Les autres fois, il s'écoulait du sang. La malade mourut épuisée au bout de treize jours. A la dissection on trouva que la sonde n'avait pénétré que dans la tumeur placée en arrière. L'instrument avait traversé pendant la vie l'urètre et le vagin et était entré dans l'orifice de l'utérus en passant entre l'organe et les membranes sans les rompre.

moyen préparatoire à la réduction, et faite une fois par Cherton.

e. Conséquence de l'évacuation. — Nous aimons mieux insister sur les conséquences avantageuses de l'évacuation de l'urine répétée à plusieurs reprises, car, dans les cas légers, elle a réussi seule un grand nombre de fois. Plusieurs praticiens, dit Murat, en ont ainsi cité des exemples : tels sont Denman, Schamucker, Croft, etc. Nous ajouterons que M. Danyau vit l'organe se réduire presque de lui-même après cette opération. Mais nous préférons appuyer cette opinion sur le récit de quelques faits de réduction spontanée.

1° Champion de Bar-le-Duc, sur les cinq cas qu'il a cités, vit plusieurs fois la réduction se faire spontanément. Dans le premier cas qui se développa lentement, la réduction eut lieu au bout de six semaines. Le second cas se manifesta subitement et ne cessa que trois semaines après. Le troisième cas eut quinze jours de durée. Il réduisit le quatrième cas et essaya la réduction du cinquième, mais sans succès ; néanmoins les suites en furent simples aussi. Il en conclut que si la maladie ne cède pas à des efforts bien combinés, il faut attendre la réduction spontanée de la grossesse elle-même, en remédiant à la rétention d'urine et à celle des excréments.

2° Fr. Ramsbotham cite un cas observé par son père et par lui en 1835, dans lequel aucun danger n'étant menaçant et la réduction ayant été essayée sans résultat, ils résolurent d'attendre. « On se contenta de confiner strictement la femme au lit et de tenir libre la vessie et le rectum, et, à la fin, le fond de l'utérus rentra spontanément dans l'abdomen, l'oppression ayant cessé, la vessie étant capable d'exécuter normalement ses fonctions. La femme alla ensuite à terme et mit au monde un enfant vivant. »

3° Dans un autre fait du même auteur, il s'agit d'une femme chez laquelle son père pratiqua l'avortement pour une

rétroversion. « Le cathétérisme l'avait relevée comme de l'agonie. » A une grossesse nouvelle, une rétroversion ayant eu lieu, l'utérus se réduisit de lui-même « en tenant la vessie toujours vide. »

4° D'autres cas ont été publiés plus récemment. L'un est de M. Morris ; l'autre de Ramsbotham encore. Dans ces deux faits, on employa le traitement indiqué par Denman. On réussit dans le premier au bout d'un mois par le cathétérisme et en plaçant la femme dans la pronation, position dans laquelle elle était plus à l'aise que dans la supination. On avait échoué dans les efforts de réduction. La malade de Ramsbotham, maintenue scrupuleusement dans la position horizontale et sondée avec soin, urina spontanément le troisième jour, au moment où l'on allait recourir à des moyens mécaniques. Le col avait repris sa position normale.

5° Enfin, d'après M. Godefroy, de Rennes, on peut, sinon réussir toujours, par la position, et au moyen du cathétérisme, mais faciliter extrêmement la réduction. Dans un des cas qu'il rapporte « il se borna à produire un plan incliné, du bassin au diaphragme, la femme étant couchée sur le dos et les intestins entraînés par leur propre poids laissèrent l'utérus libre. »

6° Enfin, Burns se croit autorisé à dire qu'en vidant trois ou quatre fois par jour la vessie, qu'en ordonnant à la femme le repos dans la position sur le ventre, on remédiera à la rétroversion dans l'espace de peu de temps, ou bien de quarante-huit heures au plus, à moins que le déplacement ne soit déjà complet ; mais rarement elle durera plus d'une semaine quand elle sera plus avancée. Il ne faut pas manquer toutefois d'essayer de la replacer quand le fond est très-abaissé, et quand l'insuccès des moyens précédents l'a rendue nécessaire.

2° *Procédés d'évacuation des matières fécales au-dessus de l'utérus en rétroversion pendant la grossesse.* — On connaît

tous les procédés employés d'ordinaire pour amener l'évacuation des fèces ; aussi ne voulons-nous pas reproduire ici l'indication de tous les moyens dont on a parlé. Nous allons parler seulement de ceux qui reçoivent plus spécialement ici leur application.

a. De tous les moyens, les lavements sont ceux qui sont à la fois les plus innocents et les plus simples.

b. Pour les administrer, on choisira une longue canule pouvant être portée aisément au-dessus de l'angle sacro-vertébral.

c. Si cette canule ne peut être introduite dans le rectum directement, comme cela est noté dans beaucoup d'observations, on essayera de lui frayer une voie avec le doigt dirigé dans l'anus vers les côtés de l'excavation surtout.

d. Si ce moyen ne réussit pas, on lancera dans le rectum et par la canule, pendant que le doigt et celle-ci sont introduits ; une forte douche froide ; puis pendant ce temps on essayera de pousser la canule par un des passages que la douche parviendra à produire.

e. Alors on continuera de pousser une douche nouvelle et on laissera ensuite la sonde pour pouvoir renouveler au besoin à plusieurs reprises dans la journée des injections semblables.

f. Il sera utile d'ajouter à l'eau du lavement un liquide huileux ou mucilagineux destiné à faciliter le glissement des matières fécales encore durcies.

g. Enfin on commandera des médicaments purgatifs à l'intérieur, mais on choisira parmi eux les purgatifs doux seulement. L'huile de ricin est le médicament le plus avantageux dans ce genre.

3° *Méthodes et procédés pour la réduction de la rétroversion utérine pendant la grossesse.* Nous avons indiqué, comme le premier procédé que nous décririons, le procédé ancien, c'est-à-dire la réduction de l'utérus avec les doigts introduits dans le rectum. Mais comme à ce procédé se

rattache, d'une part le procédé plus nouveau attribué à Grégoire, réduction avec deux doigts dans le vagin et deux doigts dans le rectum, puis, comme modification au procédé ancien, un procédé de M. Amussat, puis un procédé de manœuvre avec deux doigts par le vagin, nous allons le considérer comme une méthode plus génétrale, sous le nom de méthode de réduction avec les doigts.

A. *Méthode de réduction de la rétroversion utérine avec les doigts.* A cette méthode se rapportent, avons-nous dit, quatre procédés : 1° le *procédé ancien ;* 2° le *procédé de Grégoire;* 3° le *procédé d'Amussat;* 4° le *procédé de Martin* (*réduction avec les doigts par le vagin*).

a. Procédé ancien. Nous le transcrivons d'après Aspasie et Aetius : « Nous recommandons à la matrone d'introduire le doigt dans le rectum et d'y placer ensuite une bougie à demeure. » Il est ensuite recommandé par Roderic a Castro dans les mêmes termes : « *Obstetrici imperabis ut digito in anum immisso uterum propellat... atque ipsa obstetrix specillo cum digito submisso uteri collum dirigat.* » En outre, même après la publication du mémoire de Will. Hunter, de Lynn, etc., il est encore indiqué dans Richter, dans Wall, et dans Jahn par ces mots : Après avoir placé la femme sur ses coudes et sur ses genoux, l'opérateur introduit dans l'anus deux doigts et les dirige de telle sorte que le dos regarde le sacrum et que la face palmaire soit vers la vulve. Cela fait, il repousse le fond de la matrice, et il le dirige vers l'ombilic et le pubis pour qu'il ne soit pas arrêté contre le promontoire. Toutefois, il ajoute qu'on pourrait encore recommander les tractions sur le vagin et sur le segment de l'utérus, que Richter et que C. Wall après lui ont repoussé. Enfin, pour aider à la réduction, il souscrirait volontiers au conseil de Richter, qui consiste à imposer les doigts au pubis pendant les efforts de réduction vers l'anus, pour empêcher le col de se porter encore plus en avant. Mais nous n'insisterons pas

davantage sur ce procédé, et nous y reviendrons seulement plus loin à propos des manœuvres avec la main.

b. Procédé de Grégoire. Le procédé de Grégoire est celui qui consiste à faire la réduction de la matrice avec quatre doigts, deux doigts d'une main dans le vagin et deux doigts de l'autre main dans le rectum, Au moins, ce fut là le procédé que suivit Will. Hunter avec Walter Wall, et ce fut aussi celui que mit en usage Lynn peu de temps après. Il faut toutefois y ajouter qu'ils plaçaient la femme sur les genoux et sur les coudes. Ce procédé est enfin celui que recommandent actuellement presque tous les accoucheurs, et il a réussi entre les mains d'un grand nombre d'entre eux. Ainsi opéra Martin jeune dans la 5e observation ; dans la 11e, les tractions opérées sur le col de la matrice firent couler beaucoup d'urine, et deux doigts placés sur le fond réduisirent aisément la tumeur ; M. Depaul obtint ainsi assez facilement la réduction chez une femme enceinte de trois mois, etc.

D'après M. Velpeau « il est de précepte de pratiquer d'abord le cathétérisme, puis par les efforts des doigts introduits dans le rectum et dans le vagin on fait aisément disparaître le mal. » (1833). Cazeaux échoua toutefois dans un cas, Moreau dans un autre, etc. Enfin M. Amussat pense que les réussites sont très-rares, et au sentiment de M. Moreau, cette introduction simultanée n'est guère praticable. D'après M. Priou, les auteurs qui ont décrit ces manœuvres de la réduction en ont parlé par ouï-dire, car les mains ainsi rapprochées sont dans l'impossibilité d'agir de concert. Enfin, suivant Négrier : « 1° les deux premiers doigts de la main gauche n'atteignent guère qu'au-dessous de la lèvre postérieure ; 2° les deux doigts de la main droite chargés de repousser l'utérus par le rectum n'arrivent qu'à une hauteur insuffisante, même en pressant sur le périnée.

Néanmoins, quelle est la position à donner à la femme

dans ces conditions, et quel est le détail de la manœuvre ! c'est ce que nous allons dire maintenant.

Position de la femme. — 1° D'après Cazeaux, il n'y aurait pas de position préférable à celle qui consiste à placer la femme sur les genoux et sur les coudes, le bassin fortement élevé.

2° Dans l'observation citée par M. Depaul, la femme était aussi, « bien entendu, sur les genoux et sur les coudes. »

3° Deleurye insistait aussi sur cette position en disant : « Pour réussir, il faut opérer par derrière, la femme appuyée, sur les coudes, afin de déterminer les intestins à se pousser vers le diaphragme. »

4° Cette opinion est aussi celle que conseille Parent dans la manœuvre de réduction.

5° M. Chapplain vante aussi cette position dans ces lignes : « Quand la femme est placée sur ses genoux, la tête aussi basse que possible, le siége très-élevé, les organes abdominaux vont peser sur la paroi antérieure du diaphragme et rien ne pousse plus sur la paroi antérieure de la matrice. Cet organe lui-même va devenir un élément de réduction. Dès qu'on aura soulevé le fond, que l'on aura ramené le col en arrière, la matrice ressemblera à une cloche qui complète par son poids le mouvement qui lui a été imprimé. »

6° D'un autre côté : *a.* Moreau a objecté l'impossibilité absolue pour la femme de rester quelque temps dans cette position ; elle est intolérable. *b.* Suivant Martin, la position de la femme la plus avantageuse et la plus commode est celle dans laquelle elle est couchée sur le dos, la tête abaissée sur la poitrine, les cuisses rapprochées du ventre, le bassin relevé par un coussin. Dans cet état les muscles de l'abdomen sont dans le relâchement et les viscères de cette cavité entraînés par leur propre poids du côté du diaphragme ne pressent plus sur la matrice. *c.* Enfin Baude-

LOCQUE, tout en indiquant qu'on a prescrit la position sur les genoux et sur les coudes, ne la croit pas essentiellement nécessaire ; seulement « il est utile que la femme ne fasse aucun effort pendant qu'on s'occupe à replacer la matrice. »

Manœuvre. — Se servir des deux doigts d'une main pour introduire dans le rectum, et des deux doigts de l'autre pour agir dans le vagin ; oindre ces doigts d'un corps gras, huile ou cérat, pour pratiquer l'opération ; choisir la main droite pour agir dans le rectum, parce que c'est sur lui qu'on doit employer le plus de force, et quand les deux doigts sont introduits, les glisser aussi profondément que possible entre le sacrum et la tumeur, en portant leur face palmaire en avant ; introduire ensuite deux doigts de la main gauche dans le vagin, et atteindre le col en suivant le canal étroit situé derrière les pubis, la surface dorsale des doigts s'accommodant à la légère courbure des os; agir enfin simultanément sur le fond, surtout en le repoussant en haut dans la direction de l'ombilic suivant l'axe du détroit supérieur, et sur le col en le ramenant vers le centre de l'excavation. CAPURON, préoccupé toujours des dimensions géométriques du bassin, avait indiqué une modification ingénieuse de cette manœuvre, et PARENT l'a appliquée avec succès. Elle consiste à diriger l'utérus, non pas directement en haut, mais de côté d'abord, pour le diriger suivant les diamètres obliques du bassin ou vers la symphyse sacro-iliaque; on devrait incliner aussi le col vers la cavité cotyloïde du côté opposé.

c. *Procédé d'Amussat.* — Le procédé d'AMUSSAT n'est qu'une modification dans la manœuvre du procédé ancien. « Ses recherches sur l'exploration du rectum, dit l'auteur, lui ont appris qu'on pouvait porter le doigt jusque près de l'angle sacro-vertébral et atteindre même les grosses artères du bassin, en poussant le coude avec l'autre main, et même avec la hanche correspondante, de

manière à déprimer plus fortement le périnée et la marge de l'anus. » Cette manœuvre répond ainsi à une objection de Négrier, où il est dit « que le doigt n'arrive qu'à une hauteur insuffisante. »

Dès lors, voici comment on conseille d'opérer :

Position de la femme. — La malade est couchée sur le bord de son lit, la tête renversée en arrière sur des oreillers, les jambes écartées et les pieds placés sur deux chaises.

Manœuvre. — Introduire dans le rectum l'indicateur de la main droite et appuyer son coude sur sa hanche ; pénétrer ainsi le plus haut possible vers la symphyse sacro-iliaque ; si l'on ne pénètre pas assez haut, la pression exercée sur l'utérus le fait déprimer comme une vessie ou un kyste rempli de liquide ; au contraire, en poussant plus haut, on peut s'engager derrière lui de droite à gauche et de gauche à droite. Pour le redresser, pousser énergiquement soit en haut et en avant, s'il n'y a pas de brides formant obstacle, soit par une sorte de mouvement de torsion de droite à gauche puis de gauche à droite, dans le sens de ces adhérences s'il en existe ; dans cette manœuvre, les efforts faits par la femme, au lieu de nuire, tendent au contraire à abaisser le col, puisque le corps est fortement soutenu en arrière par le doigt ou par les deux doigts qui le repoussent.

d. Procédé de Martin jeune. — Quoique Martin n'ait pas indiqué le procédé qui consiste à agir sur l'utérus avec les doigts, non plus par le rectum, mais directement par le vagin, nous l'avons appelé de son nom, parce que ce fut le moyen qui fut généralement suivi par ce médecin. Sa valeur est d'ailleurs suffisamment affirmée par le grand nombre de succès rapportés à ce procédé. Mais pour les juger, il faut bien comprendre en quoi il consiste, et il nous semble que les insuccès nombreux qu'il a rencontrés entre d'autres mains tiennent à leur mauvaise exécution.

Position de la femme. — Couchée dans son lit, sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci rapprochées du ventre, la tête abaissée sur la poitrine et le bassin relevé par un coussin.

Manœuvre. — Introduire dans le vagin les doigts index et médius, préalablement trempés dans l'huile ; les diriger *en arrière* et au-dessous de la tumeur formée par l'utérus ; la soulever ensuite graduellement avec force. « Au moment où la matrice reprend sa place ordinaire, on entend quelquefois un bruit assez semblable à celui que produit la détente d'un ressort. »

Ajoutons que Baudelocque préfère le procédé que nous venons de décrire au procédé de Grégoire, et il dit, en parlant de celui-ci, « qu'il lui paraît difficile à exécuter ; » et en parlant de l'autre, « on opère également cette réduction en repoussant le fond de la matrice au moyen de plusieurs doigts portés méthodiquement dans le vagin ; » (1787) puis en note, « nous sommes parvenus constamment de cette manière à réduire la matrice, etc. »

Enfin, signalons un bruissement qui peut se faire entendre dans ce cas, et qui été entendu dans une circonstance par M. Tarnier. C'est un bruit de sifflement dû à l'aspiration de l'air qui s'engageait dans le fond du vagin, au-dessous de la tumeur. N'était-ce pas à ce vide que fait allusion Martin, dans cette phrase : « Je formai, en le soulevant, une espèce de vide à la faveur duquel je parvins, par un effort soutenu, à rendre à l'organe sa disposition naturelle. »

C'est probablement parce que Négrier ne se dirigea pas en arrière de la tumeur, mais porta seulement son doigt au dessous, qu'il observa dans la seconde observation, « une dépression transversale considérable » à laquelle il attribua le décollement placentaire et le début du travail expulsif.

B. *Méthode de réduction de la rétroversion utérine avec*

quatre doigts ou avec la main entière. — KATZENBERGER paraît avoir employé le premier la main entière introduite dans le vagin pour réduire la rétroversion (JAHN). Plus récemment, dit le même écrivain dans sa thèse, COCKELL porta aussi la main entière dans le vagin et opéra la réduction avec le poing. DUSSAUSSOIS, chirurgien du grand hôpital de Lyon, assure n'avoir pu réduire la matrice dans un cas de cette espèce qu'en portant la main tout entière, non plus dans le vagin, mais dans le rectum (1785), et elle y pénétra, dit-il, sans peine. Depuis lors, quelques chirurgiens imitèrent cette pratique, et il en résulta trois procédés que nous allons décrire. Nous ne pouvons, en effet, considérer comme quatrième procédé, celui qui est indiqué par BURNS, « quelques auteurs proposent d'introduire une main dans le rectum et l'autre dans le vagin, et nous nous demandons s'il a jamais été exécuté. »

a. Procédé de réduction au moyen de la main entière introduite dans le vagin. — Après les deux premiers médecins que nous venons de nommer, KATZENBERGER et COCKELL, beaucoup d'accoucheurs furent amenés à remplacer par quatre doigts ou par la main entière les deux doigts qui faisaient la manœuvre dans le vagin. On opérait en effet chez des femmes ayant eu déjà pour la plupart plusieurs enfants, et, quand les deux doigts indicateur et médius ne montaient pas assez haut, on était amené naturellement à glisser dans le vagin trois, quatre doigts, puis la main. Cela « est sans inconvénient, dit MARTIN, surtout chez les femmes qui ont fait plusieurs enfants. »

Ce fut en effet ainsi qu'il opéra chez la femme de l'observation IX, « parce que le vagin parut très-large. » CAZEAUX introduisit aussi la main entière dans l'observation qu'il a rappelée ; une fois NÉGRIER réduisit avec quatre doigts dans le vagin, mais depuis, il mit en usage le procédé qui porte son nom et dont nous reparlerons. Enfin, c'est cette manœuvre que M. GÉRARD employa chez sa malade

et ce fut celle que nous avons mise en usage dans deux des trois cas dont nous avons parlé.

Précautions préliminaires. — Dans le but de préserver les parties de la femme de l'irritation produite par la manœuvre, et pour calmer les douleurs, Chaussier conseillait d'injecter dans le vagin une infusion aqueuse d'opium, ou de porter dans le fond de ce conduit et autour de la partie enclavée une pommade de jusquiame ou de belladone. Aujourd'hui on s'est servi avec raison du chloroforme, et nous l'avons mis en usage dans un des cas précités. Nous ajoutons, en outre, que cette précaution est ici indispensable pour annuler tous les efforts faits par la femme. Aujourd'hui on ne serait plus autorisé à imiter Dewes, qui pour diminuer cette résistance, employait les saignées jusqu'à production de la syncope.

Position de la femme. — La disposer couchée sur le dos ou penchée sur le ventre, appuyée sur les genoux et sur les coudes. Préférer néanmoins, suivant nous, la position de la femme couchée qui place l'opérateur dans les conditions analogues à celles où il opère dans les manœuvres obstétricales. Employer peut-être aussi la position de la femme couchée sur le côté, comme l'a indiqué Chaussier.

Manœuvre. — Opérer de la main droite; l'enduire d'un corps gras; la présenter dans le vagin, comme pour la manœuvre de version, soit disposée en cône soit introduite doigt à doigt; quand l'extrémité des doigts a dépassé la vulve, diriger immédiatement cette extrémité directement en arrière vers la courbure du sacrum et au-dessous de la tumeur, la face dorsale tournée en bas ; refouler avec le dos des doigts et avec leurs extrémités les parties molles du périnée et les parties molles du bassin ; se souvenir que dans cette direction il n'y a pas de plan osseux important qui empêche le développement de la main, mais qu'au contraire la commissure postérieure de la vulve, la pointe du coccyx, les ligaments sacro-sciatiques forment une

moitié de bassin facile à déprimer; faire effort enfin pour glisser les doigts en arrière de la tumeur, la saisir ainsi à pleine main, et la remonter graduellement et sans effort.

b. Procédé de réduction au moyen de la main entière ou de trois ou quatre doigts introduits dans le rectum. — Il n'est pas douteux, à considérer la position occupée par la matrice dans l'excavation, que la manœuvre destinée à remplir le mieux les indications ne soit celle que nous allons indiquer maintenant. Aussi a-t-elle été mise en pratique un certain nombre de fois malgré l'hésitation qu'on dut éprouver naturellement à franchir avec la main l'ouverture anale. De là l'emploi de trois doigts, de quatre doigts, puis de la main à mesure qu'augmentaient les difficultés de l'opération. Or « dans cette grave occurrence ce n'est plus un ou deux doigts qui peuvent suffire pour déplacer l'utérus, c'est la main tout entière qu'il faut introduire dans le gros intestin » (Parent). Négrier l'a critiqué toutefois très-vivement, en disant : « Serait-on tenté de préférer l'opération exécutée par Dussaussois ? » et : « Un pareil moyen est bien difficile à mettre en usage en raison de la résistance qu'offrent les sphincters de l'anus et le plancher du bassin. » Cependant ce moyen est celui que met en pratique M. Godefroy (trois ou quatre doigts dans le rectum) en le combinant avec une position toute particulière que nous allons indiquer. En outre il fut employé par quelques autres médecins que je vais citer. M. Roussilhe (1845) y eut recours avec succès, après avoir échoué avec le procédé d'Amussat. Martin, de Tonneins, dans un cas (la femme était couchée sur le côté et chloroformisée), introduisit la main droite dans le rectum tandis que l'indicateur de la main gauche porté dans le vagin abaissait le col. M. Barrier, de Lyon, dans un cas rapporté par M. Bron, introduisit progressivement les doigts, puis la main entière dans le rectum ; ce fut dans ce cas que la manœuvre ayant été gênée par des matières

fécales, il fallut d'abord les extraire, puis réintroduire la main; ensuite la tumeur céda si brusquement et avec une telle vitesse que M. Barrier crut un moment à la perforation de l'intestin, mais cette détente n'était que le signal de la réduction. Enfin dans l'observation de MM. Garin et Teissier (1851), tandis que M. Garin avec la main presque entière introduite dans le rectum repoussait le corps de la matrice, M. Teissier attirait en avant et en bas le col qu'il était parvenu à accrocher avec le doigt indicateur. Disons cependant que dans l'observation de M. Gosselin, ce chirurgien après avoir introduit deux doigts dans le rectum, n'osa introduire la main entière, « craignant une déchirure de l'anus. »

Précautions préliminaires. — Employer le chloroforme, comme nous l'avons dit plus haut. Repousser l'idée du débridement de l'anus pour favoriser l'introduction de la main dans le rectum.

Position de la femme.—La disposer appuyée sur les genoux et sur les coudes, ou couchée sur le côté. Préférer la position suivante, vantée par M. Godefroy, laquelle n'est qu'une modification de la position appuyée sur les genoux : dans ce cas, faire placer la femme sur le bord de son lit, couchée sur le ventre, la tête en bas et les mains sur le plancher, la poitrine et le haut des épaules soutenus par des aides; opérer en conséquence en se plaçant en arrière.

Manœuvre. — Glisser avec précaution un doigt, puis deux doigts, puis trois doigts, puis la main dans le rectum, en la dirigeant comme il a été dit ci-dessus, la face dorsale du côté de la moitié postérieure du bassin; suivre avec le dos de la main la face antérieure du sacrum; embrasser la tumeur à pleine main, etc.

c. Procédé de réduction au moyen de la main entière dans le vagin, en opérant avec le poing fermé (procédé de Négrier).—Ce procédé est le dernier en date parmi ceux que nous venons de décrire (1859). Il est destiné par Négrier

à opérer la pression sur la tumeur utérine par une surface assez large pour embrasser la matrice dans sa plus grande étendue, afin d'éviter les décollements du placenta ou les contractions intempestives qui sont, suivant lui, le résultat de pressions faites par des surfaces trop étroites. « Dès lors il se crut en possession d'un mode opératoire meilleur que ceux qui sont recommandés dans les traités d'accouchement. »

Néanmoins après les cinq observations rapportées par l'auteur, et dans lesquelles il mit en pratique ce moyen, nous ne connaissons que la réduction par ce procédé faite par M. Gosselin en 1860. Il opéra comme il suit, la femme étant endormie par le chloroforme : « il introduisit d'abord les quatre derniers doigts de la main droite dans le vagin, ensuite le pouce ; puis retournant la main en supination et fermant le pouce, il poussa en haut et un peu en arrière, comme pour arriver sur l'angle sacro-vertébral. On sentit alors la tumeur céder et remonter. Après la réduction on put sentir par le vagin le col qui était revenu à son état normal. »

Précautions préliminaires. — Usage du chloroforme (Gosselin).

Position de la femme. — Position couchée sur le dos, sur le bord du lit, les cuisses écartées, le siége élevé, les pieds appuyés sur des chaises ou maintenus par des aides.

Manœuvre. — Présenter la main droite à la vulve, le dos en arrière. Repousser d'abord avec l'extrémité des doigts la portion la plus abaissée de l'utérus, afin de donner assez d'espace pour loger la main entière, ce qui demande du temps et un peu de soin. Quand la main est introduite dans le vagin, la fermer et la renverser fortement en supination tout en rangeant le pouce pour qu'il fasse suite au plan des doigts. Appuyer alors fortement le coude sur la garniture du lit pour qu'il devienne l'axe du mouvement imprimé à l'avant-bras et à la main. Relever ensuite l'u-

térus de bas en haut et d'arrière en avant pour le remonter dans le grand bassin. Agir avec lenteur, persévérance et force.

C. *Méthode de réduction de la rétroversion pendant la grossesse avec des instruments.* — Le premier emploi d'instruments dans la rétroversion, pour opérer la réduction et soulever l'utérus, remonte à une époque déjà ancienne.

Richter a figuré un de ces instruments recourbé. Vogel en imagina un autre (1791), qu'on introduisait dans le rectum et qu'Évrat mit plus tard en pratique. Voilà la description de cet instrument qui fut employé avec succès vers 1804 (Moreau). « Nous avons fait fabriquer à cet effet une baguette terminée à l'une de ses extrémités par une petite sphère. Cette baguette, plus petite et plus mince que celle d'un tambour, sert à recevoir et à fixer un tampon fait de coton cardé recouvert d'un morceau de peau de gant qu'il est facile de changer chaque fois qu'on s'en est servi. »

A. Petit avait, soit auparavant, soit en même temps que Évrat, imaginé aussi un instrument en forme de spatule, avec laquelle on redressait la matrice par le rectum comme avec un levier.

Baudelocque (1797) avait employé aussi dans un cas analogue un instrument, mais pour ne pas fatiguer la matrice par la pression immédiate des doigts, il fit fabriquer un pessaire de gomme élastique fort épais qu'il insinua au-dessous du fond de l'utérus dans le vagin. Le même pessaire servit ensuite pour empêcher la rétroversion de se reproduire.

Martin, de Lyon, indique aussi comme un moyen à employer en pareil cas une spatule en bois ou même la cuiller de Roederer.

M. Bellangé conseilla ensuite d'opérer une pression sur le col pour le basculer en bas, en agissant avec une sonde portée dans l'intérieur de la vessie.

Enfin, de nos jours, des chirurgiens ont aussi employé des instruments pour la réduction de l'utérus. M. Halpyn (1840) réussit à cette réduction en imaginant une vessie qu'on remplissait d'eau ou d'air, et qui, portée dans le rectum, souleva aisément la matrice, et M. Favrot crut probablement avoir inventé ce moyen puisqu'il l'annonça récemment à l'Académie de médecine (1851). Mais, avant eux ce moyen paraît avoir été proposé par Vermandois et par Desault et employé par Desgranges.

Dans une autre circonstance, M. Bleynie, de Limoges, dut avoir recours au levier obstétrical garni de ouate pour opérer la réduction (1854); il le porta dans le vagin derrière la tumeur, et opéra la réduction avec succès.

En 1853, M. Priou avait communiqué à l'Académie un fait analogue, et s'était servi d'un gorgeret convenablement matelassé porté dans le rectum; Moreau en réclama avec raison la priorité pour Evrat. Enfin M. Martin, de Tonneins, dit s'être servi du même instrument, et avoir obtenu la réduction après des pressions de bas en haut d'une manière graduelle. Ajoutons qu'un succès complet couronna des tentatives faites avec la baguette d'Évrat dans un cas observé récemment par MM. Pajot et Tarnier.

Précautions préliminaires. Usage du chloroforme (Pajot).

Choix de l'instrument. — Baguette d'Evrat; elle est de moindre volume que les cuillers du forceps ou que celle du levier, en outre celles-ci ne pourraient opérer sans danger que par le vagin.

Position de la femme. — Comme ci-dessus.

Manœuvre. Porter avec précaution la baguette formant tampon dans l'intérieur du rectum; introduire en même temps deux doigts ou un doigt dans le vagin pour abaisser le col; presser sur la baguette lentement et graduellement; charger un aide de porter la main sur l'abdomen pour surveiller l'ascension de la tumeur utérine à mesure que l'instrument la redresse.

D. *Opérations sanglantes proposées pour remédier à la rétroversion utérine.* — Nous ne voulons qu'indiquer les opérations sanglantes proposées pour remédier à la rétroversion utérine. En faire la description ou insister longuement sur elles, ce serait peut-être encourager à la pratiquer quelques médecins toujours disposés aux graves et aux importantes opérations. Qu'il nous suffise donc d'énumérer les manœuvres suivantes :

a. Ponction de l'utérus. — Elle fut proposée par Will Hunter, et pratiquée par Viricel (1810) et par Baynham (1828). Dans ce dernier cas, on porta deux fois le trocart dans la matrice par le rectum, et l'on blessa le placenta. Viricel opéra aussi par le rectum ; ces deux malades guérirent. Enfin Moreau a rapporté une observation dernière de M. Canninx, de Louvain, dans laquelle on opéra par le vagin. La malade mourut et « il pourrait, dit-il, en rapporter plusieurs autres cas malheureux. » Mais s'il fallait, dans un cas extrême, opérer cette ponction, comme le pense Cazeaux, ou, comme dit Baudelocque, qui n'entrevoit pas ce qu'on pourrait faire de mieux dans une circonstance aussi déplorable, quel procédé devrait être préféré? Nous nous bornons à dire que Cazeaux conseillerait la ponction par le vagin, et que Moreau préférerait la ponction par le rectum.

Terminons en expliquant que si nous n'avons pas parlé de l'opération de Jourel (1812), c'est parce que, avons-nous dit, il n'est pas démontré qu'on ait eu affaire dans ce cas à une rétroversion utérine véritable.

Nous transcrirons toutefois, comme renseignements historiques, l'indication des procédés employés par Viricel, par M. Baynham et par M. Canninx pour la ponction de l'utérus.

Opération de Viricel. — Tumeur fluctuante seulement d'une manière manifeste par le rectum. Perforation de la

matrice par cette voie, avec un trocart courbe porté à 6 ou 7 lignes de profondeur dans l'intestin, dans le point où la fluctuation était la plus évidente. Il s'écoula par la canule une certaine quantité de sérosité limpide et inodore, ce qui diminua le volume de la tumeur du vagin et la saillie qu'elle formait au périnée. Après cette opération qui modéra les souffrances de la malade, Viricel porta le doigt dans le rectum, et reconnut dans la tumeur affaissée la présence d'un fœtus. Trois jours après la ponction, des tranchées utérines se firent sentir et durèrent toute la nuit.

Opération de M. Baynham. — Il choisit le point de la tumeur qui faisait le plus de saillie daus le rectum et y plaça le trois-quarts. Cette première ponction ne donna issue à aucun liquide ; l'instrument fut en conséquence retiré et plongé de nouveau presqu'à la même place. Il s'écoula par la canule environ 12 onces d'un liquide incolore, non par un jet continu, mais par intervalles, la canule se trouvant bouchée de temps en temps par le corps de l'enfant. La tumeur fut ensuite réduite au-dessus du détroit abdominal, après un quart d'heure d'efforts. Le lendemain l'avortement eut lieu ; l'instrument avait perforé deux fois le placenta près de l'insertion du cordon et l'abdomen de l'enfant ; par cette ouverture, la totalité des intestins grêles était sortie.

Opération de M. Canninx, *de Louvain.* — Elle fut faite avec l'assistance des professeurs Baud et Lauthier. La matrice se trouvant assez rapprochée de la vulve, on put se servir d'un trois-quarts à hydrocèle. On le conduisit au moyen de l'indicateur gauche ; il fut enfoncé à travers la paroi postérieure du vagin et de la matrice. Il s'écoula à l'instant même une pinte de liquide pur offrant tous les caractères de l'eau de l'amnios, et la matrice diminua considérablement de volume. La malade n'éprouvait aucune douleur et elle se disait soulagée. On put enfin relever un

peu la matrice qui était réduite d'un tiers, mais la mort arriva pendant la nuit suivante.

b. Symphyséotomie. Elle fut proposée par GARDIEN, mais il convient que PURCELL et JAHN en avaient donné le conseil avant lui. Nous ne connaissons pas d'exemple de cette opération faite pour une rétroversion.

c. Gastrotomie. Elle fut signalée par CALLISEN dans l'intention d'aller relever l'utérus avec la main, et l'on s'étonne que DUGÈS et BOIVIN la discutent sérieusement en « disant qu'elle serait moins cruelle que l'opération césarienne. » Heureusement qu'ils ajoutent : « il est douteux qu'elle réussît dans tous les cas. »

d. Avortement provoqué. — M. ROUX en a signalé un cas d'après M. VIRANUS, d'Amsterdam ; mais WHITE, HAMILTON, DEWEES, l'avaient essayé sans résultat par la ponction des membranes. MURRAY et CARUS l'ont aussi proposée. Nous repoussons ce moyen comme les précédents, mais non au même degré ; et nous pensons qu'il devrait être employé dans les cas où tous les autres procédés auraient échoué. C'était d'ailleurs le sentiment émis par MOREAU dans la séance de l'Académie de médecine où fut rapporté le fait d'Amsterdam dont nous avons parlé au commencement de ce paragraphe.

E. *Soins consécutifs au traitement de la rétroversion utérine pendant la grossesse.* — Après la réduction de la rétroversion utérine, soit à la suite d'un cathétérisme unique, soit à la suite de cathétérismes répétés, soit à la suite de la bonne position donnée à la malade ou prise par elle, soit en conséquence des manœuvres plus ou moins importantes du chirurgien, il y a toujours nécessité de pourvoir à des soins consécutifs convenables :

1° Il faut empêcher une rétroversion nouvelle ; 2° il faut arrêter les avortements, s'ils menacent de se produire, ou en conjurer l'apparition ; 3° si les manœuvres ont été violentes, il faut s'opposer aux inflammations consécutives ;

4° si la vessie a été trop longtemps distendue, il faut combattre l'incontinence d'urine, qui persiste souvent assez longtemps. Mais, de tous ces accidents, il n'y en a qu'un qui, après la réduction de la rétroversion, exige un traitement particulier, c'est la récidive de la rétroversion.

Or, on s'opposera à une rétroversion nouvelle comme il suit :

1° On ordonnera le repos au lit pendant plusieurs jours, une semaine et demie à deux semaines au moins. Ce repos n'est pas seulement utile pour prévenir la rétroversion, il est indispensable pour remédier soit à quelques accidents de métro-péritonite qui peuvent se produire après la réduction, soit à des pesanteurs ou à des pressions sur le rectum qui persistent pendant quelques jours.

2° M. Pajot, dans le fait observé par lui et par M. Tarnier, fit coucher la femme pendant les premiers instants dans le décubitus abdominal, suivant une pratique conseillée aussi par Amussat. Mais on ne pourrait pas utiliser cette pratique longuement, parce qu'elle fatigue notablement les malades.

Dans un cas d'Amussat, où la femme avait été placée pendant une nuit dans cette position, la fatigue était extrême, le pouls petit, la respiration gênée, le pouls à 108 à 112 ; il s'abaissa à 90 pulsations quand la femme fut couchée sur le dos, la peau perdit sa sécheresse et la respiration devint libre. (Obs. 1re.)

3° Si la rétroversion a lieu avant le troisième mois, il sera utile d'appliquer dans le rectum une vessie Garel, ce qui vaut mieux à notre sens que le pessaire employé par Baudelocque.

4° On évitera les efforts de la malade pour vider la vessie et le rectum, et même il sera utile, si la femme urine un peu difficilement, de vider fréquemment la vessie avec la sonde.

5° Ajoutons toutefois, pour rassurer le médecin, que la

récidive de la rétroversion est assez rare, et que, dans les faits de Négrier, de Martin, de Godefroy, etc., où elle eut lieu dès le lendemain ou quelques jours après, il a suffi d'une manœuvre facile pour ramener l'utérus à sa position normale, et il la conserva jusqu'à terme.

Quant à l'avortement, il n'eut lieu, après la réduction, que 8 fois seulement sur 39 cas, dans lesquels nous avons trouvé noté, à ce point de vue, le résultat de l'opération.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Définition 2

Synonymie 4

Historique sommaire 5

Fréquence 9

Causes et mécanisme 16

1° Causes de la rétroversion à forme lente 16

2° *id.* à forme subite 27

De l'époque de la grossesse pendant laquelle peut se produire la rétroversion 33

Signes 42

1° Signes et marche de la rétroversion incomplète 44

2° *id.* complète 50

a. Signes observés au moment où elle se produit 50

b. Signes observés après qu'elle est produite 52

Rétention d'urine 52

Rétention des matières fécales 58

Douleurs lombaires, périnéales et abdominales . . . 59

Phénomènes généraux 60

Caractères obtenus par le palper abdominal 62

Caractères obtenus par le toucher vaginal 64

Caractères obtenus par le toucher rectal 70

Caractères obtenus par l'auscultation 72

Caractères obtenus par la vue 73

Pages.

c. Signes de la rétroversion complète quand elle est à son plus haut degré de développement. 73

Diagnostic différentiel 83

1° Avec la tumeur fibreuse intra-utérine. 84
2° Avec la tumeur de l'excavation et de la cavité abdominale 85
3° Avec la rétention d'urine dans la grossesse simple. . . 88
4° Avec la rétroversion dans la grossesse molaire. 89
5° Avec la rétroversion dans l'état de vacuité. 89
6° Avec la grossesse extra-utérine. 90
7° Avec l'hématocèle rétro-utérine. 92
8° Avec la pelvi-péritonite. 94
9° Avec la grossesse dans un utérus double. 94

Pronostic, durée et terminaison. 95

Traitement. 99

1° Procédés pour l'évacuation de l'urine. 100

a. Position de la femme pour le cathétérisme. 102
b. Choix de la sonde. 103
c. Particularités de l'opération du cathétérisme. . . . 104
d. Ponction de la vessie. 104
e. Conséquences de l'évacuation de l'urine. 105

2° Procédés pour l'évacuation des fèces. 106
3° Méthodes et procédés pour la réduction de la rétroversion 107

A. Méthode de réduction avec les doigts. 108
a. Procédé ancien. 108
b. Procédé de Grégoire. 109
c. Procédé d'Amussat. 111
d. Procédé de Martin jeune. 112

B. Méthode de réduction avec quatre doigts ou avec la main entière. 113

a. Procédé de réduction par le vagin 114
b. Procédé de réduction par le rectum 116
c. Procédé de Négrier 117

Pages.

C. Méthode de réduction avec des instruments. 119

D. Opérations sanglantes. 121

a. Ponction de l'utérus. 121

b. Symphyséotomie. 123

c. Gastrotomie 123

d. Avortement provoqué. 123

E. Soins consécutifs à la réduction de la rétroversion. 123

Paris. — Imprimé par E. Thunot et Cᵉ, 26, rue Racine.